

d é p e n d a n c e s

Septembre 07 • no 32

Editorial

1 Jean-Félix Savary

Prévention structurelle en matière d'alcool: utilité et perspectives

2 Lucien Erard

La politique tabac en France: changer la norme sociale au nom de la santé publique

6 Bertrand Dautzenberg

La politique "tabac": frein ou stimulant de la politique "alcool"

10 Michel Graf

Les variables du marché des stupéfiants: l'exemple de l'héroïne

14 Olivier Guéniat, Pierre Esseiva

La régulation du marché des médicaments

18 Interview de Monique Helfer

PS1: Thérapies résidentielles des addictions en Suisse: des indicateurs dans le rouge

21 Nicolas Dietrich, Franziska Eckmann, Ueli Simmel

PS2: La qualité de vie subjective et l'accompagnement social des personnes toxicodépendantes

24 Pierre Duffour

La régulation du marché des produits psychotropes

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa / ispa



Groupement romand
d'études des addictions

Editorial

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, Ruchonnet 14, case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions, GREA, Pêcheurs 8, case postale 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction

Rédacteurs:

Corine Kibora-Follonier, ISPA
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Cédric Fazan,
directeur A.C.T., Vevey
Michel Graf
directeur de l'ISPA, Lausanne
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Gérald Progin,
responsable Espace Prévention,
Aigle
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne,
tél. 021 321 29 85,
fax 021 321 29 40

Parution

3 fois par an

Abonnement

Frs. 45.- par an
Délai de résiliation: 30 novembre
pour le 31 décembre

Les articles signés n'engagent
que leur auteur

Les titres et sous-titres sont
de la rédaction

La reproduction des textes
est autorisée sous réserve
de la mention de leur provenance
et de l'envoi d'un justificatif
à la rédaction

Ligne graphique

Fabio Favini
Romanel-sur-Morges

ISSN 1422-3368

Le rapport entre l'Etat et les substances psychotropes a de tous temps été compliqué. Les dimensions fiscales, morales voire même politiques ont longtemps gouverné cette relation complexe, variable et polymorphe. Bien que celles-ci demeurent, on aurait tort de se le cacher, une nouvelle dimension gagne progressivement nos sociétés occidentales, celle de la santé publique. Cependant, en matière de régulation du marché, il est bien difficile de poser un débat scientifique et d'aller au-delà des préjugés. Si aux niveaux des traitements, de la prévention, puis, plus récemment, de la réduction des risques, les réflexions transversales entre substances progressent et se matérialisent sur le terrain par des pratiques intégrées, il en va habituellement tout autrement pour le contrôle du marché. Cependant, aujourd'hui, le terme de «régulation du marché» tend progressivement à s'imposer pour toutes les substances. L'adjonction par le rapport *psychoactiv.ch* de deux dimensions supplémentaires au modèle des «quatre piliers», devenu ainsi cubique, demandait cette adaptation langagière. Son avantage est double. Premièrement, il nous fait sortir de la logique manichéenne contenue dans le terme répression utilisé pour les drogues illégales. Le vocable de régulation contient l'idée d'une pondération entre différents objectifs qui peuvent être contradictoires.

La régulation ne prend pas en compte une seule variable, mais tente de concilier son action avec un ensemble de facteurs, contenus dans un environnement complexe et dynamique. La régulation s'adapte à la réalité, de manière pragmatiques, en considérant les faits. Ses réponses seront donc différentes selon les lieux, les publics visés et les produits. Deuxièmement, comprise comme prévention structurelle, la régulation du marché permet également de rapprocher le contrôle de la prévention. L'action de l'Etat sur le marché d'une substance est ainsi directement liée à son incidence sur la santé publique. L'utilisation du concept de «régulation du marché» pour l'ensemble des produits psychotropes semble donc une bonne chose. Au-delà des comparaisons qu'elle permet, elle sous-tend une réflexion plus pragmatique sur le contrôle des produits. Certes, les débats récents sur l'imposition de la bière, voire sur la LStup, nous montrent que le chemin à parcourir est encore long avant que cette logique ne s'impose finalement au plan politique, mais la direction est donnée et il nous incombe d'y œuvrer dans ce sens. C'est ce que fait ce numéro, qui tente de donner quelques points d'appuis sur cette question, en adoptant une perspective résolument transversale, des médicaments à l'héroïne, en passant par l'alcool et le tabac.

Jean-Félix Savary, GREA

Prévention structurelle en matière d'alcool: utilité et perspectives

Lucien Erard,
directeur de la
Régie fédérale
des alcools,
Berne

Lutter contre la consommation abusive d'alcool n'est pas une tâche facile. Des travaux scientifiques récents(1) démontrent que la prévention structurelle - l'impôt, l'alcool plus difficile d'accès, l'interdiction de la publicité - réduit efficacement la consommation abusive d'alcool, alors que les mesures visant à influencer le comportement seraient largement inefficaces. Or ce n'est pas si simple...

Les scientifiques ont pu mesurer les résultats des mesures structurelles sur la consommation abusive d'alcool. En Suisse même, la réduction de 50% de l'impôt sur les whisky, cognac, etc. a multiplié la consommation par deux chez les hommes de moins de 30 ans ou encore chez les femmes. La consommation dans les pays nordiques, appliquant des mesures drastiques, était de 50% inférieure à celles de la Suisse et des pays qui nous entourent. Avantage supplémentaire, en cette période de restrictions financières, non seulement les mesures structurelles ne coûtent presque rien mais elles peuvent même rapporter, lorsqu'on augmente l'impôt par exemple. Limiter et contrôler l'alcool au volant s'avère également efficace et épargne bien des vies humaines.

Pourquoi, dans ces conditions, est-il si difficile de prendre et d'appliquer des mesures si efficaces?

D'abord, évidemment, parce qu'elles sont efficaces et qu'elles touchent donc directement au revenu des pro-

ducteurs et des commerçants de la branche qui ont, bien sûr, le droit de se défendre. Mais elles touchent aussi ces 80% de la population qui n'ont aucun problème particulier avec l'alcool et qui supportent difficilement ces restrictions. Or, dans une démocratie comme la nôtre, ce sont eux qui décident.

Conclusion: si l'on veut prendre des mesures qui soient véritablement efficaces contre la consommation abusive, c'est toute la population qu'il s'agit de sensibiliser aux problèmes d'alcool. Et là où les scientifiques expliquaient qu'informer et sensibiliser n'avaient aucun effet sur le comportement - et il aurait fallu dire plutôt le comportement mesurable - ces mesures s'avèrent indispensables pour faire admettre au monde politique, et donc à l'opinion publique, la nécessité de mesures contraignantes.

Sans revenir sur l'interdiction de l'absinthe, en 1908, à la suite d'un assassinat particulièrement odieux, l'histoire des alcopops en est un bon exemple: sensibilisé, notamment par la presse, aux problèmes de santé publique provoqués par ces limonades

additionnées d'alcool, le Parlement, appuyé par une opinion publique toute acquise, a pu adopter, rapidement, un impôt suffisamment élevé pour que ces limonades sucrées destinées aux enfants soient retirées du marché.

Qu'est-ce qu'il serait utile de faire?

A la fin du XIXe siècle, le peuple et les cantons ont voté la création de la Régie fédérale des alcools pour que soit contrôlée la production de schnaps et que son prix soit substantiellement augmenté, tant les dégâts de l'alcoolisme étaient devenus criants. Une politique de prix élevés s'est poursuivie tout au long du XXe siècle, grâce, notamment, au protectionnisme qui nous faisait imposer largement les alcools importés, mais également le vin importé, les vins suisses étant suffisamment chers par eux-mêmes. Pour la bière, le cartel plus que l'impôt favorisait, là aussi, des prix relativement élevés.

Les limitations à la seule présentation du produit pour la publicité des spiritueux ont également joué un rôle. Depuis quelques années, la situation a

fondamentalement changé, raison pour laquelle de nouvelles mesures s'imposent.

Le prix des spiritueux importés, et notamment du whisky, a chuté des deux tiers. Les droits de douane sur les vins importés ont été quasiment supprimés, le cartel de la bière a été supprimé, la concurrence fait pression sur les prix, alors que le niveau de l'impôt sur la bière est resté le même depuis cinquante ans. On trouve donc aujourd'hui de la vodka à 9 francs la bouteille, du gin à 10 francs et du whisky à 11 francs ce qui représente, déduction faite de la charge fiscale, 70 centimes, 1.60 et 2 francs, respectivement, la bouteille. On trouve du vin à 2 francs et le demi-litre de bière est couramment vendu à moins de 50 centimes dans une grande chaîne de magasins de notre pays.

Nos parents et nos grands-parents, qui avaient souvent souffert directement des dégâts de l'alcoolisme, appliquaient, pour les cafés-restaurants, la clause du besoin, grâce, bien entendu, à l'appui des commerçants installés qui souhaitaient éviter de nouveaux concurrents. Le vent libéral qui a soufflé sur notre pays a vite fait oublier l'origine de ces clauses du besoin progressivement supprimées partout. Les patentes ont été distribuées plus largement, aussi dans les fêtes et les manifestations populaires. Reste heureusement un certain frein à une consommation abusive, grâce aux prix relativement élevés des boissons alcooliques dans les établissements publics. Par contre, l'apparition de nouveaux commerces, autorisés à vendre des boissons alcooliques en dehors des heures d'ouverture normales des magasins et, en particulier, le dimanche mais surtout le soir et tard dans la nuit, pose aujourd'hui un problème de santé publique majeur. Outre que la vente de boissons spiritueuses dans ces magasins viole vraisemblablement les dispositions de l'art. 41a de la loi sur l'alcool que les cantons devraient faire respecter, la possibilité d'acheter, à n'importe quelle heure, de l'alcool, en grande quantité et bon marché, constitue un danger majeur, notamment pour les enfants et les adoles-

cents. Plusieurs cantons l'ont compris et l'ont déjà interdit. L'union pétrolière a pris conscience du problème et est intervenue auprès des stations-service de ses membres pour exiger que l'on applique l'interdiction de vendre des boissons alcooliques aux jeunes de moins de 16 ans et des boissons spiritueuses aux moins de 18 ans. En matière de publicité enfin, l'essor du sponsoring permet à la bière d'affirmer sa présence auprès des jeunes et surtout auprès des sportifs.

En résumé, les mesures structurelles, d'abord patiemment développées au cours du siècle précédent et destinées à limiter la consommation abusive d'alcool, ont perdu beaucoup de leur impact. C'est dû également à l'augmentation des revenus de la population qui fait que l'on peut plus facilement qu'autrefois dépenser pour de l'alcool.

Ce constat montre cependant bien quelles mesures devraient pouvoir être prises aujourd'hui pour lutter plus efficacement contre la consommation abusive et dangereuse d'alcool:

- augmentation de l'impôt sur les spiritueux et sur la bière; impôt spécial sur les alcopops,
- création d'un impôt ou d'une taxe de dissuasion sur le vin,
- plus grande retenue dans l'octroi des patentes, notamment lors de manifestations et de fêtes,
- mesures efficaces pour interdire la vente d'alcool aux mineurs et, notamment, retrait des patentes en cas d'infractions répétées,
- interdiction de vendre des boissons alcooliques à l'emporter en dehors des heures d'ouverture normales des magasins ou, en tout cas, après 20 ou 21 heures,
- interdiction de la publicité sur la voie publique ou visible de la voie publique,
- interdiction de la publicité et du sponsoring dans les manifestations

de jeunes et dans les manifestations sportives notamment.

On le voit, des mesures existent, mais il manque souvent les moyens de les faire adopter. Le cercle de ceux qui produisent et vendent mais aussi de ceux qui consomment avec plaisir est très vaste. Les deux grands qui se partagent le marché mondial des spiritueux ont à la fois l'argent et le poids pour intervenir.

Il y a heureusement aujourd'hui unanimité sur la nécessité de protéger les enfants et les adolescents. L'abus d'alcool met leur santé et même leur avenir en danger. Il faut donc mieux les informer. Il faut tout faire

pour qu'on ne leur vende pas de l'alcool. Un canton en tout cas a même déjà décidé de punir ceux qui serviraient d'intermédiaires. Reste que pour eux le prix joue un rôle essentiel. Pour preuve, beaucoup achètent leur alcool dans les stations-service pour aller ensuite le boire au dancing ou au bar.

Chaque fois que les mesures proposées ont permis de répondre à un problème d'alcool auquel la population était devenue sensible, elles ont été acceptées et mises en œuvre. C'était le cas avec l'absinthe ou avec les alcopops, c'était le cas pour la création de la Régie fédérale des alcools, par exemple.

C'est le cas aussi par exemple à Genève où ont été interdites, lors d'un vote populaire, la vente à l'emporter d'alcool le soir ainsi que la publicité visible de la voie publique.

Si certains peuvent comprendre qu'interdire la vente de l'alcool en magasin le soir, augmenter les impôts sur l'alcool ou encore limiter la publicité, c'est que ces mesures peuvent avoir un effet bénéfique sur celui qui a une consommation d'alcool abusive et problématique. Reste encore à convaincre tous les autres que les sacrifices que l'on impose à leur liberté

La possibilité d'acheter, à n'importe quelle heure, de l'alcool, en grande quantité et bon marché, constitue un danger majeur, notamment pour les enfants et les adolescents

et à leur porte-monnaie sont justifiés, par solidarité. Comment faire comprendre à celui ou celle qui n'a aucune dépendance à quel point la dépendance à l'alcool rend fragile et démunie celui qui en souffre? Or l'alcool est présent, il est de toutes les fêtes, de tous les moments de détente et de repos. La décision de ne pas boire ou de ne pas trop boire résiste rarement lorsque l'alcool est là, disponible, surtout si l'on a déjà commencé de boire. En d'autres termes, les messages de prévention adressés à chacune et à chacun pour l'inciter à un comportement raisonnable face à l'alcool n'ont peut-être pas tellement d'effet sur le comportement. Mais ils sont cependant essentiels si l'on veut que l'opinion publique comprenne la nature du problème auquel certains de leurs concitoyennes et concitoyens sont confrontés et acceptent des mesures contraignantes et désagréables pour les aider.

L'alcool est une drogue, car il touche à notre système cognitif et crée une dépendance. C'est pourquoi ce n'est pas un produit comme les autres: il doit être consommé avec précaution.

Il ne doit pas être bu comme de l'eau et ne doit donc pas non plus être vendu comme de l'eau.

Pour un certain nombre d'entre nous, la tentation de boire, toujours présente, nécessite des barrières qui aident à résister à l'envie d'un verre, puis d'un autre, puis encore d'un autre. La prévention structurelle, c'est mettre ces barrières qui aident à s'accrocher ou que l'on hésite à franchir.

Révision totale de la loi sur l'alcool

Le Conseil fédéral a l'intention de procéder à une révision totale de la loi fédérale sur l'alcool. Il s'agit de moderniser une loi qui date de 1932 car les structures de production et de commercialisation de l'alcool ont bien changé. Mais il s'agit surtout de moderniser et de renforcer la prévention structurelle, comme nous le recommandons notamment l'OCDE dans son étude sur le système de santé suisse, en développant des dispositions dont l'efficacité est prouvée, en améliorant l'application et en les étendant, là où c'est possible, à l'ensemble des

boissons alcooliques, spiritueux, mais aussi vin et bière.

On ne peut que souhaiter que l'opinion publique, sensibilisée aux problèmes que posent les nouveaux modes de consommation d'alcool, notamment chez les jeunes, accepte ces nouvelles contraintes. Les conséquences de la consommation abusive d'alcool sont aujourd'hui bien concrètes mais aussi bien visibles: binge drinking et ses risques pour la santé, accidents, violence et dégâts, en famille et dans la rue ou les établissements publics, abus sexuels, etc. Il faut souhaiter que le Conseil fédéral et le Parlement s'engagent pour expliquer pourquoi il faut agir, mais aussi pourquoi les réponses qu'ils proposeront sont des mesures à la fois efficaces et nécessaires.


Notes

(1) Babor and others. Alcohol, No Ordinary Commodity. Research and Public Policy, New York, Oxford University Press 2003

Courriel: Lucien.Erard@eav.admin.ch

Publicité

Ne restez pas seul avec
un problème d'alcool.

 Ligue valaisanne
contre les toxicomanies

 VILLA FLORA

Centre de traitement de l'alcoolisme - Sierre - Chemin des Cyprès 4 - 3960 Muraz - 027 455 75 51

CARREFOUR PREVENTION[®]



sans fumée



Bourré de talent,
pas d'alcool.



**MAÎTRISE
STRESS**



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567 - CH-1211 GENEVE 4

carprev@iprolink.ch - www.prevention.ch

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi - jeudi 9h - 17h
Vendredi 9h - 13h

Tél. +41 22 321 00 11 - Fax +41 22 329 11 27

Les Mardis du CIPRET, de 12h30 à 14h : rendez-vous de parole et d'écoute sur la problématique tabagique.

Les Mercredis de 17h à 19h : permanence de l'ADiGe, animée par une diététicienne diplômée.

Les Jeudis de 17h à 19h : Espace Goût-Double, animé par RIEN NE VA PLUS sur la problématique du jeu.

(sauf vacances scolaires)

La politique tabac en France: changer la norme sociale au nom de la santé publique

Bertrand Dautzenberg, pneumologue Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière et président de l'Office français de Prévention du Tabagisme, Paris

En France, la loi de 1976 et surtout la loi Evin de 1991 ont contribué à faire évoluer les mentalités, plaçant l'espace non fumeur comme norme. Cependant, l'interdiction du tabac dans les lieux publics aujourd'hui en vigueur n'aurait sans doute par vu le jour sans la forte mobilisation des milieux anti-tabac, un désengagement de l'Etat vis-à-vis de l'économie du tabac ainsi qu'un débat public largement relayé par les médias. (réd.)

En 1976 sous l'impulsion de Simone Weil, alors Ministre de la santé, la France prenait la première loi de restriction du tabagisme à une époque où les effets du tabac sur la santé n'étaient pas communément admis par les Français. Cette première loi a commencé à conduire à un changement des mentalités, à faire comprendre aux consommateurs que le tabac n'était pas un produit comme les autres, mais si la consommation masculine avait commencé à diminuer, la consommation féminine était en pleine croissance.

Le Loi Evin de 1991 marque un vrai changement. Cette loi a été édictée pour des motifs de santé publique dans le but de protéger les non-fumeurs. Cette loi énonçait la protection totale des non-fumeurs, plaçant le statut non fumeur comme un standard. Un décret a été pris un an plus tard, après de grands débats dans les entreprises, dans la société et largement repris par la presse. Si la société française était prête à une protection des non-fumeurs, elle n'était pas prête à une interdiction totale de fumer.

Le texte du décret d'application com-



En 2004, 2/3 des français étaient pour une interdiction totale de fumer dans les lieux pu-

prenait des exceptions et des ambiguïtés. Les lobbies de l'industrie du tabac s'en sont donné à cœur joie par l'intermédiaire des buralistes et de l'industrie de la restauration et des cafés. Ainsi la loi Evin avec son décret d'avril 1992 n'a été que très incom-

plètement respectée. Cette loi a cependant marqué un grand progrès car le débat qui a accompagné durant un an l'installation du décret a permis de faire changer la norme sociale: il est devenu admis dans la société française que les fumeurs devaient respecter

des règles pour protéger l'air que respire les non-fumeurs et que la norme était «l'espace non fumeur», l'espace fumeur étant l'exception.

Depuis, les données sur la toxicité du tabagisme passif et sur les bénéfices de l'arrêt du tabagisme passif se sont accumulées. La capacité de lobbying de l'industrie a été progressivement réduite. L'Etat français s'est totalement désengagé de l'ancienne société d'Etat SEITA. Les taxes du tabac ont progressivement été attribuées non plus au budget général, mais en majorité au budgets des assurances maladies.

L'exemple de l'Irlande puis de l'Italie et l'évolution de l'opinion publique très favorable à une interdiction totale de fumer dans les lieux publics a fait que depuis deux ans les associations de lutte contre le tabac ont pris ensemble la décision de faire pression pour obtenir l'interdiction totale de fumer



Photo Interfoto

ublics

dans les lieux publics. Un sondage d'opinion de 2004 montrant que plus de 2/3 des Français étaient favorables à une interdiction totale a renforcé l'élan. Un des vice-présidents de l'Assemblée Nationale, Yves Bur, a pris l'initiative de déposer un projet de loi

devant conduire à l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics.

Le Ministre de la santé, Xavier Bertrand, a repris le dossier et l'a plaidé auprès du Premier ministre. Du fait d'autres conflits politiques indépendants au moment du passage du dossier, le Premier ministre a dans un premier temps laissé entendre qu'il enterrerait le dossier. Cette décision a provoqué un violent orage médiatique: tous les journaux télévisés, toutes les radios, toute la presse nationale, toute la presse quotidienne a tiré au boulet rouge sur cette décision d'abandon. Après 48 heures, la décision a été annoncée de rouvrir le dossier en mettant en place une commission parlementaire avec un timing serré. Après le retour des travaux de la commission parlementaire, malgré l'engagement du Ministre de la santé, le Premier ministre avait peur des conséquences politiques catastrophiques annoncées (sans aucun fondement) et hésitait encore. Ce n'est qu'après l'été 2006 et sous la pression constante et organisée des associations et la volonté du Ministre de la santé que le Premier ministre a pris la décision de lancer l'interdiction totale de fumer. Il a reçu longuement les associations et s'est engagé fortement et clairement.

Il a proposé un décret et non une loi, pour aller plus vite.

Il a proposé de prendre la mesure en deux temps et non un temps afin de laisser un peu de temps au secteur des cafés-hôtels-restaurants-discothèques (CHRD). La loi aurait permis une interdiction totale de fumer, alors que le décret, pris en application de la loi Evin, oblige à laisser la possibilité de fumoirs, même très très restrictives (cf infra).

L'application en un temps aurait été plus simple, mais le Premier ministre voulait avoir les premiers résultats avant les élections et l'interdiction devant s'appliquer moins de trois mois après la publication du décret dans les lieux de travail et les lieux publics en dehors du secteur CHRD. Ces établissements du secteur auront ainsi plus d'un an pour se mettre aux normes.

Ce que dit la nouvelle réglementation française (1)

La nouvelle réglementation française est un décret attaché à la loi du 19 janvier 1991 dite loi Evin.

Le Décret du 15 novembre 2006 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

L'article R. 3511-1 précise que l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif s'applique:

1. Dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail;
2. Dans les moyens de transport collectif;
3. Dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

L'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les emplacements mis à la disposition des fumeurs et créés, le cas échéant, par la personne ou l'organisme responsable des lieux. Ces emplacements réservés aux fumeurs sont des salles closes, affectées à la consommation de tabac et dans lesquelles aucune prestation de service n'est délivrée. Aucune tâche d'entretien et de maintenance ne peut y être exécutée sans que l'air ait été renouvelé, en l'absence de tout occupant, pendant au moins une heure.

Ils respectent les normes suivantes:

- 1° Etre équipés d'un dispositif d'extraction d'air par ventilation mécanique permettant un renouvellement d'air minimal de dix fois le volume de l'emplacement par heure. Ce dispositif est entièrement indépendant du système de ventilation ou de climatisation d'air du bâtiment. Le local est maintenu en dépression continue d'au moins cinq pascals par rapport aux pièces communicantes;
- 2° Etre dotés de fermetures automatiques sans possibilité d'ouverture non intentionnelle;

- 3° Ne pas constituer un lieu de passage;
- 4° Présenter une superficie au plus égale à 20% de la superficie totale de l'établissement au sein duquel les emplacements sont aménagés sans que la superficie d'un emplacement puisse dépasser 35 m².

L'installateur ou la personne assurant la maintenance du dispositif de ventilation mécanique atteste que celui-ci permet de respecter les exigences. Le responsable de l'établissement est tenu de produire cette attestation à l'occasion de tout contrôle et de faire procéder à l'entretien régulier du dispositif.

Dans les établissements dont les salariés relèvent du code du travail, le projet de mettre un emplacement à la disposition des fumeurs et ses modalités de mise en oeuvre sont soumises à la consultation du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel et du médecin du travail. Dans les administrations et établissements publics, le projet de mettre un emplacement à la disposition des fumeurs et ses modalités de mise en oeuvre sont soumis à la consultation du CHS ou, à défaut, du comité technique paritaire. Une signalisation apparente rappelle le principe de l'interdiction de fumer. Un modèle de signalisation accompagné d'un message sanitaire de prévention est déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les mineurs de moins de 16 ans ne peuvent accéder aux emplacements réservés aux fumeurs. Ces emplacements ne peuvent être aménagés au sein des établissements d'enseignement publics et privés, des centres de formation des apprentis, des établissements destinés ou régulièrement utilisés pour l'accueil, la formation, l'hébergement ou la pratique sportive des mineurs et des établissements de santé.

Le fait de fumer dans un lieu à usage collectif hors de l'emplacement mentionné est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la troisième classe.

Est puni de l'amende prévue pour les

contraventions de la quatrième classe le fait, pour le responsable des lieux où s'applique l'interdiction de:

- 1° Ne pas mettre en place la signalisation prévue;
- 2° Mettre à la disposition de fumeurs un emplacement non conforme;
- 3° Favoriser, sciemment, par quelque moyen que ce soit, la violation de cette interdiction.

La mise en place du suivi du décret le premier février 2007

L'interdiction est prévue en deux temps par le décret (1). Les lieux de travail et lieux publics en dehors du secteur CHRD sont devenus espaces non fumeur au 1er février 2007: ce sont des lieux dans lesquels le niveau de tabagisme était globalement plus faible que dans le secteur CHRD, mais le nombre de personnes exposées dans ces lieux était le plus élevé.

Le secteur CHRD doit passer sans tabac au 1er janvier 2008; plus d'un million de personnes y travaillent dans une atmosphère où règne parfois un taux élevé de pollution (2). Pour les salariés, les expositions dans les locaux clos et couverts sont prolongées alors que les clients, s'ils sont parfois exposés aux mêmes taux élevés de pollution, le sont sur des durées plus courtes.

Un indicateur mensuel ImETS (ETS étant le sigle anglais d'Environmental Tobacco Smoke qui désigne le tabagisme passif) a été mis en place afin de suivre en continu l'Exposition au tabac, le Tabagisme et la Santé des populations en lien avec le tabagisme. Cet indicateur est remis mensuellement au Ministre chargé de la santé qui le publie quand cela lui semble opportun. L'indicateur ImETS regroupe ainsi trois indices: l'indice E (surveillance mensuelle d'exposition à la fumée de tabac), l'indice T (fondé sur les ventes de cigarettes et les indices de recours aux outils d'arrêt du tabac) et l'indice S (indices sanitaires établis à partir des enquêtes des services de santé au travail et de la base de données OSCOUR de l'InVS sur les urgences en France).

L'indice E a été établi sur la base de

sondage en population générale et d'enquêtes sur le lieu de travail et sur des mesures:

1. Un sondage mensuel en population générale est réalisé par l'organisme BVA sous contrôle de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), questionnant les français sur le statut tabagique de leur lieu de travail (ou de leur lieu d'enseignement chez les plus jeunes), ainsi que sur le statut tabagique des lieux du secteur CHRD s'ils en fréquentent. La méthodologie et les résultats de ces sondages ne sont pas reproduits ici, mais ils donnent une première évaluation du nombre d'endroits pollués.

2. Une enquête mensuelle conduite par 144 médecins du travail, principalement de services inter-entreprises de santé au travail auprès des 20 premiers salariés vus en visite systématique (3). Cet échantillon intéresse essentiellement des salariés du secteur privé. Les salariés de la fonction publique ayant dans la plupart des cas des services de santé au travail propres à la fonction publique.

Cette enquête montrait en janvier 2006, avant l'application du nouveau décret d'interdiction, que 42% des salariés disaient déjà travailler dans des locaux totalement sans tabac, 21% dans des locaux où l'on ne fume nulle part en dehors d'un lieu fumeur précis, 21% que l'on fume à certains endroits de l'entreprise et 8% que l'on fume «partout». Ces données témoignent qu'existait souvent dans les lieux de travail, hors CHDR, une protection du tabagisme passif, dès avant le nouveau décret Bertrand du 15 novembre 2006 (1). Ainsi les variations des niveaux d'exposition attendues après le 1er février 2007 sont moins importantes que celles qui seront observées au 1er janvier 2008, même si le nombre de lieux concernés est plus faible. Ces mêmes enquêtes montrent que plus des 2/3 des personnels des CHRD se disent eux exposés à la fumée du

tabac sur leur lieu de travail, et que la pollution y est importante.

3. A côté de ces études basées sur les dires recueillis lors d'enquêtes en population générale et sur le lieu de travail pour connaître le statut tabagique des lieux accueillant du public, des lieux de travail et d'enseignement et de l'enquête conduite auprès de salariés sur le lieu de travail, il a paru nécessaire de recueillir des données chiffrées objectives sur la pollution tabagique et son évolution. Ce recueil de données a été effectué en collaboration avec l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI).

Pour avoir des données chiffrées objectives, d'autres pays européens déjà passés totalement sans tabac ont déjà conduit des études. Celles-ci ont porté soit sur des marqueurs biologiques, soit sur des mesures de qualité de l'air intérieur, en particulier dans le secteur CHRD.

Une enquête conduite dans 200 foyers où existait un fumeur en janvier 2007,

avant l'interdiction et en mai 2007 après l'interdiction montre que, dans les foyers où existe au moins un fumeur, il existe un «règlement» concernant le tabac qui est passé de 64% à 72%.

Le statut totalement non fumeur du domicile où il y a un fumeur qui était minoritaire avant le 1 février (43%) est devenu majoritaire (61%). Toutes les pièces sont moins souvent fumeur. Les deux pièces qui restent le plus souvent fumeur sont le séjour (44%) et la cuisine (42%). Les chambres sont maintenant exceptionnellement des espaces fumeur.

Conclusion

L'interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail a été vécue par la société française comme une expérience très positive (4). Une nouvelle norme sociale s'est implantée en quelques semaines. On observe un peu plus de fumeurs au bas des immeubles, certains fumeurs consomment des substituts nicotiniques pour ne pas

être en manque sur leur lieu de travail quand ils ne veulent pas quitter toutes les 45 minutes leur poste de travail pour fumer une cigarette.

Bibliographie

(1) Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Journal officiel de la république française n° 265 du 16 novembre 2006 page 17249 texte n° 17

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0609703D>

(2) UFC Restaurants, discothèques: un air trop pollué! 2004 ; 386

(3) Dautzenberg B, Delchanidis M, Allcouffe J, Osman J, Dewitte JD, Letourmy F. Enquête sur l'évolution du tabagisme sur le lieu de travail avec l'interdiction de fumer au premier février 2007 BEH 2007, 21

(4) Dautzenberg B. Travailler sans tabac: le guide. 2007 Margaux Orange Ed.

Courriel:

bertrand.dautzenberg@psl.ap-hop-paris.fr

La politique "tabac": frein ou stimulant de la politique "alcool"?

Michel Graf,
MPH, directeur
de l'ISPA

Parfois, j'envie mes collègues spécialistes de la prévention "tabac"... Ils traitent d'un thème moins populaire que l'alcool, peuvent développer des messages plus clairs et ont depuis plus de dix ans des lignes directrices fédérales et un soutien pour leur politique de santé. Alors que, en ma qualité de spécialiste de la prévention "alcool", je galère à la traîne, avec un thème perçu comme le parent pauvre de la politique, à l'ombre de celle en matière de tabac... Fausse perception ou réalité? Après un premier coup de blues, effectuons une analyse plus approfondie.

«**J**e fume, tu bois, match nul! A chacun sa drogue, non? C'est pas pire!!!» Le discours du café du commerce est sur ce point caricatural et redondant; on s'époumone à comparer deux comportements de consommation, à les mettre à égale valeur sur l'échelle des risques pour la santé, de leur addiction, de leurs plaisirs et des inconvénients pour les autres. Troublant discours que celui-ci, alors même que cette opinion publique n'entre que très peu en matière pour comparer l'alcool et le cannabis, dans l'épineux débat sur la dépénalisation de sa consommation... On simplifie à outrance dans un cas, on refuse la comparaison dans l'autre. Cette attitude est symptomatique de l'ensemble du discours politique sur le tabac et l'alcool; elle sera relayée par le grand public à chaque étape d'une décision politique qui touche à des mesures structurelles, donc celles de régulation du marché.

Le modèle de réflexion proposé par *psychoaktiv.ch* (1) nous offre un excellent point de départ à une analyse comparée "tabac/alcool". D'emblée se pose la question de la consommation à faible risque pour le tabac: est-il possible de fumer en ne prenant que très peu de risque? L'état des connaissances scientifiques nous permet aujourd'hui d'affirmer qu'une seule cigarette est déjà toxique pour l'organisme. Dès lors, la notion même de consommation à faible risque n'est pas applicable au tabac, ce qui n'est pas le cas pour l'alcool, dont la communauté scientifique s'est accordée pour définir un seuil pour ce type de consommation.

Alcool: les mesures structurelles s'appliquent à tous, mais ne concernent pas tout le monde!

Ainsi, et c'est là un point crucial, lorsqu'on parle de consommation de tabac, on la qualifie *implicitement* de dommageable à la santé, quelle qu'en soit la quantité consommée, alors que,

pour l'alcool, un mode de consommation est non seulement socialement accepté mais aussi scientifiquement reconnu comme peu risqué. Corollaire de cela, les approches structurelles en matière de tabac trouvent toute leur légitimité, car elles concernent tous les consommateurs, lesquels sont tous à *risque*. Par contre, les approches structurelles en matière d'alcool vont nécessairement toucher aussi les consommateurs à faible risque, qui pourraient dès lors se sentir pénalisés par des mesures qui ne les concernent pas: pourquoi subir une augmentation du prix de sa bière, via un impôt, alors que cette mesure est mise en place pour protéger la jeunesse et freiner la consommation des buveurs excessifs? Pourquoi ne peut-on pas acheter une bouteille de vin dans une station-service, si on est un consommateur modéré? Il serait faux de négliger ce type de réactions; aujourd'hui, elles ne sont pas légion, mais elles pourraient être faites par toutes les personnes qui consomment de l'alcool en Suisse de manière non problématique, soit le



Photo Interfoto

Protéger la population de produits dangereux ne restreint pas de facto ses libertés

80% des consommateurs! Il est donc primordial de réfléchir à un message de santé publique qui motive la population à considérer l'imposition des boissons alcooliques comme un acte de solidarité avec les plus fragiles d'entre nous, les jeunes et les individus en situation de risque.

Restriction des libertés: l'enjeu à affronter

Par ailleurs, une augmentation du prix d'une bouteille de bière ne devait pas être perçue comme une forte restriction d'achat pour les consommateurs modérés, dès lors qu'ils n'en achètent pas en quantité élevée. Quel est l'impact réel sur mon pouvoir d'achat, si une bière pression m'est facturée 50 ct. de plus, alors que je n'en bois qu'une par jour au bistrot? Il me semble que ces éléments-là doivent être thématiques auprès du grand public, si on veut lui faire accepter des augmentations d'impôt sur les boissons alcooliques. Il s'agit surtout d'éviter l'écueil du discours populiste sur la restriction des libertés individuelles sur ce sujet. Un Etat qui cherche à protéger la population en diminuant l'attractivité de certains produits dangereux ne restreint pas de facto ses libertés!

Ce discours fait surtout son apparition dans le débat sur la fumée passive: interdire de fumer est une restriction des libertés individuelles, entend-on

encore. Pourtant, l'évidence scientifique de la nocivité de la fumée passive devrait faire taire ce genre d'arguments. La balance des libertés est ici clairement en défaveur de la fumée dans les lieux publics, si l'on considère l'atteinte grave à la santé des autres. Il semble que ce débat soit d'ailleurs quasi clos. La société ne s'en prend pas aux fumeurs, mais aux conséquences de leur consommation de tabac, selon les contextes dans lesquels il est fumé. Cependant, dans la thématique "alcool", la notion d'interdiction pour le bien de la collectivité est encore mal acceptée. On l'a surtout constaté lors de l'entrée en vigueur du 0,5%: «On n'a même plus le droit de boire son verre! C'est une atteinte à nos libertés!»

Fumée passive: un argument qui fait défaut pour l'alcool?

La difficulté des messages sur l'alcool est que le concept d'alcool passif, par analogie avec celui de fumée passive, n'existe pas. Pourtant, il est possible de tirer des parallèles dans le raisonnement sur la fumée passive en l'appliquant à l'alcool: le problème de la fumée passive est que le comportement du fumeur, via la fumée dégagée, génère des dommages aussi aux personnes qui l'entourent. En matière de consommation d'alcool, ce ne sont certes pas les vapeurs d'alcool qui

émanent du verre qui sont dangereuses, mais bien celles que le consommateur a dans sa tête ensuite! Les conséquences d'une consommation d'alcool problématique sont multiples et dommageables aux personnes qui l'entourent: accident de la route impliquant d'autres usagers, violences sociales, sans oublier le cortège de souffrance des proches d'une personne alcoolodépendante. Ce parallèle devrait nous permettre de mieux communiquer les intentions, les objectifs des mesures structurelles "imposées" à l'ensemble de la population: il ne s'agit pas de restrictions des libertés individuelles, mais d'une responsabilité collective, que nous nous devons toutes et tous d'assumer, afin de maintenir au maximum nos... libertés!

Fumer tue; boire aussi, mais de manière moins évidente...

«L'alcool tue lentement, on s'en fiche, on a le temps!». C'est sur une assiette à fondue, suspendue au mur du chalet de mon grand-père, que j'ai lu il y a longtemps cet adage populaire; à ses côtés, une autre assiette: «Aime, mange, bois, on ne vit qu'une fois!». Les notions de plaisirs et de convivialité côtoient tout naturellement celle de la mort... lointaine et pas si terrible que cela, puisqu'on a bien profité du produit qui pourrait nous y conduire. Toute la difficulté de la communication en santé publique sur l'alcool est ainsi résumée en deux assiettes à fondue! Ainsi, vouloir mettre des messages de mise en garde sur les bouteilles de boissons alcooliques devient une véritable gageure. S'il est simple, direct et authentique de dire, en matière de tabac «fumer tue!» ou «fumer provoque des maladies graves!», il n'en va pas de même pour l'alcool. Seuls certains comportements ou publics spécifiques sont à interpeller, et dans des situations de vie particulières: usager de la route, femme enceinte, individu au travail, entre autres. L'affirmation péremptoire au dos d'une étiquette de bouteille peut alors devenir discriminante, sélective et donc porter préjudice au sens même du message. A l'inverse pourtant, ne

rien communiquer, c'est donner le signal que l'alcool n'est pas nocif à la santé, ce qui est bien entendu erroné.

L'âge légal de vente et remise aux mineurs: pour une fois, plus simple pour l'alcool

Le message le plus simple, c'est tout de même de rappeler qu'il est interdit de vendre ou remettre des boissons alcooliques à des mineurs de moins de 16 ans révolus. Tout le monde s'accorde à dire que ce message est clair et cohérent. Alors, qu'est-ce qui fait que la même injonction ne fait pas l'unanimité chez les spécialistes de la prévention du tabagisme? Une fois encore, la différence entre les deux substances: la marge de manœuvre pour les adultes en matière de consommation d'alcool - consommer avec modération - n'existe pas pour le tabac. A aucun âge il n'est possible de fumer sans risque! Dès lors, pour certains professionnels, donner un âge légal à la vente du tabac, c'est implicitement reconnaître qu'à l'âge adulte on accepte ce comportement. Toutefois, la protection de la jeunesse prime sur ce raisonnement, par ailleurs fragilisé par son absence de cohérence aujourd'hui déjà: qui peut soutenir le fait qu'un enfant de 10 ans puisse acheter des cigarettes sans aucune restriction de la part de la société? Doit-on dès lors laisser l'industrie elle-même fixer ces règles, comme c'est le cas aujourd'hui avec la campagne OK (2) de l'industrie du tabac?

Les industries concernées: quel poids politique?

A cet égard, il est essentiel de considérer le rôle joué au plan politique par les deux industries concernées, celle du tabac et celle de l'alcool. Deux? Pas si sûr! Du côté du tabac, Philip Morris, de BAT et JTI(3) tiennent la quasi-totalité du marché suisse; leurs intérêts sont défendus au plan politique par la Communauté du commerce suisse en tabacs, voire aussi sur certains sujets par Gastrosuisse. Pour l'alcool, ce sont le Groupement suisse des Spiritueux de Marque, la société suisse des bras-

seurs et de l'Interprofession suisse du vin, qui représentent la plupart des intérêts de la branche. Gastrosuisse est aussi un allié de poids pour eux! On pourrait donc penser que les deux sujets majeurs de santé publique sont cotés également au plan politique. Je ne le pense pas. Du côté du tabac, c'est le poids économique de grands groupes internationaux qui prédomine, aux côtés de quelques agriculteurs subventionnés par la Confédération. Côté alcool, il y a bien sûr aussi les grands groupes internationaux pour les spiritueux et la bière, mais le relais économique au Parlement est beaucoup plus effectué par l'industrie du vin, donc de milliers de vignerons, producteurs terriens, dont le capital de sympathie auprès de la population - et donc des parlementaires - est certainement très élevé, de par leur ancrage culturel dans le tissu économique suisse, et ce bien que la production suisse ne représente que le 35% du vin consommé en Suisse. La charge émotionnelle véhiculée par le discours des vignerons quant au risque de disparaître à cause de mesures de santé publique est à tous les coups beaucoup plus grande que lorsque Philip Morris s'inquiète d'une baisse de son chiffre d'affaires en Suisse. Rappelons-nous aussi des arguments qui ont fait échouer les initiatives jumelles, qui voulaient en 1993 interdire toute publicité pour l'alcool et le tabac en Suisse: perte d'emplois, certes, mais dans le domaine de la publicité, des transports, des médias, de la petite distribution... Rien ou presque sur les risques économiques pour l'industrie du tabac, vraisemblablement trop peu "vendeurs" au plan émotionnel pour le grand public. C'est face à ce poids culturel, gastronomique et convivial, poids que la plupart des adultes ressent (80% de la population consomme de l'alcool contre 30% pour le tabac), que nous devons nous débattre pour tenter d'imposer des mesures structurelles en matière d'alcool... Redisons-le ici: un impôt sur le tabac ne touche que 30% de la population; un impôt sur le vin en toucherait 80%. La force de conviction pour faire passer cette idée devrait donc être près de

trois fois plus élevée, sur un sujet beaucoup plus imprégné émotionnellement aussi. Alors, mission impossible pour l'alcool?

Une politique fédérale planifiée et concertée

La solution passe par une politique fédérale planifiée et concertée. Depuis 1996, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis l'accent sur le programme "tabac"(4), avec un succès certain: l'augmentation graduelle de l'impôt sur le tabac et la signature de la convention-cadre de lutte contre le tabagisme (CCLT) (5) en sont les signes les plus tangibles. En signant la convention-cadre, la Suisse s'engage à renforcer ses mesures structurelles, afin de pouvoir la ratifier. Cela veut dire que de nombreuses mesures, aujourd'hui freinées au plan politique, devront être mises en place: restriction de la publicité, âge légal de vente du tabac aux mineurs, protection contre la fumée passive, entre autres. La stratégie tabac en cours d'approbation va donner les grandes lignes de ces travaux au plan suisse pour les années à venir.

Côté alcool, c'est en 1999 que la campagne *Ça débouche sur quoi?* (6) a été lancée; son but était de thématiser la question de l'alcool dans la population générale, pas à pas, selon les théories des stades du changement. Aujourd'hui on peut dire que, directement ou indirectement, grâce à cette campagne et à sa capacité à faire parler du thème alcool, plusieurs choses ont évolué positivement: introduction dans la loi sur les denrées alimentaires des âges légaux de vente et remise d'alcool, entrée en vigueur du 0,5‰, impôt spécial sur les alcopops, mais surtout, conception d'une véritable politique nationale en matière d'alcool, avec le démarrage prochain du Programme national alcool.

Reste à coordonner habilement ces deux programmes, afin d'éviter autant que faire ce peut une synergie négative au sein du discours populaire. Les amalgames classiques sont de réels pièges: *«Ils vont faire avec l'alcool comme avec le tabac: des petites*

interdictions, et puis, au moment où on ne s'y attend pas, un gros changement, comme à l'époque l'interdiction de fumer!». Comment combattre ce type de préjugés, qui induit l'idée que le 0,5‰ n'est qu'une étape vers la tolérance zéro, que l'impôt sur la bière est une avancée vers un impôt sur le vin, voire que les mises en garde sur les bouteilles finiront par interdire de boire, etc.? Le paradoxe est là: il faut découpler les deux approches politiques, rappeler, comme je l'indique plus haut, que le tabac ce n'est pas l'alcool, que ces deux produits nécessitent des mesures spécifiques, tout cela dans un contexte où les professionnels plaident en faveur d'une politique des dépendances intégrale et cohérente... sans définir ces termes! Une politique des substances psychoactives est *intégrale et cohérente* lorsqu'elle prend en considération l'en-

semble des problèmes que leur consommation induit, dans un modèle de réflexion commun, sans pour autant nier la nécessité de développer des approches différenciées et coordonnées entre elles. Le modèle de *psychoaktiv.ch* représente de ce point de vue un outil de réflexion très riche, avec lequel les professionnels peuvent développer cette politique. Je nous encourage donc toutes et tous à réfléchir à nos spécificités par produit, et à nous retrouver fréquemment autour d'une même table pour en débattre et planifier ensemble les solutions communes et différenciées qui doivent être mises sur pied. La volonté affirmée de réunir les trois commissions fédérales alcool, tabac et drogues illégales en une seule d'ici quatre ans, est à considérer dans cette perspective comme une réelle opportunité.

Alors, la politique alcool est-elle freinée ou stimulée par celle du tabac? La situation actuelle est un peu floue. J'ose espérer qu'à l'avenir, l'une et l'autre se nourrissent mutuellement, afin que la synergie ainsi créée nous permette de dépasser les écueils cités ici.

Notes

- (1) <http://www.psychoaktiv.ch/m/mandanten/187/topic5219.html>
- (2) <http://www.ok-campagne.ch/>
- (3) http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/g_t16.pdf
- (4) <http://www.bag.admin.ch/shop/00031/00083/index.html?lang=fr>
- (5) <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00612/00767/index.html?lang=fr>

Courriel: mgraf@sfa-isp.ch

Publicité

Formation continue **Hes-so**
 Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
 Fachhochschule Westschweiz

Les techniques de l'acteur au service du travail social
 KIPFER ZECCA Heidi
 2, 9, 16 et 30 novembre 2007

L'analyse transactionnelle
 GRANDCHAMP Fanny
 2, 9 et 23 novembre 2007

Du tête à tête difficile à l'entretien motivant
 PERRIARD Samuel
 6, 7 et 27 novembre 2007

La pédagogie non punitive en institution
Approche anthropologique et systémique
 COENEN Roland
 12, 13, 14 novembre 2007

Communication avec les médias et communication de crise
 JAQUIERY Corinne
 14, 15, 16 novembre 2007

Techniques de ressourcement
 SCHWEIZER Marlyse
 14, 15, 16 novembre 2007

Mesurer les résultats d'une équipe
 ITERAL MANAGEMENT SA
 26, 27 novembre et 18 décembre 2007

eésp Descriptifs détaillés et bulletin d'inscription : <http://ufc.eesp.ch>

Les variables du marché des stupéfiants: l'exemple de l'héroïne

Olivier Guéniat, chef de la police judiciaire du canton de Neuchâtel
Pierre Esseiva, professeur à l'École des sciences criminelles, Institut de Police Scientifique, Université de Lausanne

Cet article démontre que la lutte contre le trafic de drogue parvient tout au plus à contenir le marché des drogues, sans pouvoir le maîtriser: les enjeux géopolitiques liés aux zones de production et de trafic, les lois propres à ce marché du fait de son illégalité ne permettent pas de contrôle. Pour autant, les auteurs n'envisagent pas la dépénalisation ou un monopole d'Etat comme des alternatives viables pour la régulation de ce marché. (réd.)

internationale dans la lutte contre les problèmes multiformes que posent les drogues illicites. Le cadre juridique de ce système de contrôle multilatéral est maintenant assuré par trois conventions internationales sur les drogues (1961, 1971 et 1988) auxquelles presque tous les pays ont adhéré. En ce qui concerne l'efficacité de ce système multilatéral, les éléments dont on dispose montrent qu'au cours des cent dernières années, il a permis de réduire et de contenir le problème de la drogue au niveau mondial. Il est difficile de dégager une tendance sur un siècle parce que les données sont peu nombreuses, mais on a un certain nombre de points de repère. Le plus éclairant concerne l'opium parce que le problème a été étudié par la Commission de Shanghai en 1909. Peu avant que soit convoquée la Commission de Shanghai, la production mondiale d'opium était estimée à 30 000 tonnes par an au moins. Près de cent ans plus tard, ce chiffre était tombé à quelque 5 000 tonnes, dont 400 tonnes seulement destinés à des usages médicaux licites. La population mondiale s'est accrue, passant de quelque 1,65 milliard de personnes en 1900 à 6,4 milliards. La production d'opium est donc inférieure de 80% dans un monde qui est plus de trois fois plus grand. En Chine, où la population se chiffrait à l'époque à 450 millions de personnes, il y avait près de 25 millions d'opiomanes. Actuellement, le nombre estimé des consommateurs d'opium en Asie est d'environ 8,5 millions. Il y a évidemment de nombreuses autres drogues aujourd'hui. Mais cette tendance illustre quand même de façon frappante la manière dont la production de drogues illicites a été contenue sur un siècle. Le système multilatéral de contrôle des drogues a permis de limiter le problème à 5% de la population mondiale (âgée de 15 à 64 ans). C'est là un résultat qu'il ne faudrait pas sous-es-

Le marché des substances psychotropes illicites est extrêmement particulier. Ses règles, sa dimension mondiale, ne correspondent en principe pas aux discours politiques et aux préoccupations législatives d'un pays comme la Suisse. Faut-il dépénaliser se questionnent les uns, maintenir le statut quo affirment les autres? La question du trafic des stupéfiants ne se résume pourtant pas à un modèle dichotomique aussi simple. Elle contient des variables qui vont bien au-delà de nos souhaits sociétaux et contre lesquels nous sommes bien peu puissants pour ne pas dire insignifiants. Osons suivre l'évolution du trafic de l'héroïne dont les changements ont induit la multiplication du nombre de consommateurs d'opiacés en Suisse entre 1980 et la fin des années 90, sans que nous ne puissions réagir.

Historique et évolution du problème mondial de la drogue (1)

Le contrôle international des drogues

est l'une des formes les plus anciennes du multilatéralisme, plus ancienne que l'Organisation des Nations Unies et même que l'organe qui l'a précédé, la Société des Nations. Si les plantes psychoactives sont utilisées depuis longtemps, c'est au début du XXe siècle que divers problèmes de drogues nationaux ou locaux ont pris une dimension internationale dans le contexte de l'ère coloniale. La Commission internationale de l'opium a été réunie à Shanghai (Chine) en 1909 et a donné naissance au premier instrument de droit international traitant des substances psychoactives: la Convention internationale de l'opium signée à La Haye en 1912. À partir de là s'est engagé un processus qui a débouché sur un système multilatéral de contrôle des drogues. La portée du contrôle sur les drogues s'est élargie et s'est approfondie au cours des ans, couvrant d'abord l'opium, puis la cocaïne et le cannabis et enfin les substances psychotropes, et partant de la réglementation de la production et du commerce des médicaments pour arriver à l'objectif d'une coopération

timer et qui donne une perspective utile pour analyser les faits survenus plus récemment. Sur ces 5% de la population (âgée de 15 à 64 ans) qui consomment des drogues illicites au moins une fois par an (prévalence annuelle), la moitié seulement (2,7% de la population âgée de 15 à 64 ans) en consomme régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par mois. Le nombre de ceux que l'on considère généralement comme des toxicomanes ou des consommateurs de drogues à problèmes s'élève à quelque 25 millions de personnes dans le monde, soit 0,6% de la population âgée de 15 à 64 ans. Cette estimation ne semble pas avoir beaucoup évolué ces dernières années au niveau mondial dans la mesure où la progression constatée dans certains pays a été compensée par un recul dans d'autres.

L'analyse du problème au cours d'un passé plus récent fait aussi apparaître certains faits positifs. Tout au long des années 90, la superficie mondiale cultivée en cocaïers a été d'environ 200'000 hectares. Depuis 2000, elle a diminué de plus d'un quart. L'année dernière, la culture du pavot à opium au plan mondial était aussi de 36% inférieure au niveau enregistré en 1998 (237'819 hectares) et 46% inférieure à ce qu'elle était en 1991 (281'560 hectares), et ce malgré la reprise de la production du pavot à opium en Afghanistan ces dernières années. Même en ce qui concerne l'abus de drogues, pour lequel les données ne sont souvent pas disponibles ou comparables, certaines tendances positives se dégagent. Au niveau mondial, la consommation de stimulants amphétaminiques, de cocaïne et d'opiacés est restée d'une manière générale stable au cours des trois dernières années. De ce fait, même si le nombre des toxicomanes atteint encore des niveaux inacceptables, il y a un espoir de voir contenue l'utilisation d'au moins certaines drogues illicites.

Production et trafic

La production du pavot, en tonnes, est la deuxième plus importante après celle du cannabis. Elle est essentielle-

ment concentrée en Asie, mais elle a également été introduite au Mexique dès le début du XXe siècle; elle est aussi cultivée au Pérou, en Colombie et au Venezuela depuis les années 90. Des cultures de pavot à opium ont également été répertoriées au Nigeria, au Bénin et au Togo, ce qui témoigne de la progression du phénomène et de sa mondialisation.

Il existe 58 pays producteurs et 23 pays exportateurs d'opium dans le monde. L'Asie compte 16 des 23 pays exportateurs d'opium. Les principales régions productrices-exportatrices mondiales d'opium sont le Triangle d'Or, composé du Myanmar, du Laos et de la Thaïlande, et le Croissant d'Or, composé de l'Afghanistan, de l'Iran et du Pakistan.

En Europe, l'héroïne importée se présente principalement sous la forme chimique basique (l'héroïne brune) presque essentiellement fabriquée en Afghanistan, qui reste le premier fournisseur mondial d'opium illicite du monde avec, en 2005, 89% de la production mondiale, devant le Myanmar (7%). On estime que près de 4 670 tonnes d'opium ont été produites en 2005, soit un recul de 4% par rapport à 2004. La production potentielle totale d'héroïne était de l'ordre de 750 tonnes en 2005.

Particularité du marché du trafic et données économiques

Le commerce des drogues illicites ne répond pas aux mêmes lois économiques que celui des produits licites. La marge de bénéfice réalisée entre le coût de production et le prix de vente au détail est gigantesque et sans commune mesure avec ce que connaissent tous les autres biens de consommation. Le facteur multiplicateur entre les coûts de production et les prix du marché de la vente au détail constitue en quelque sorte le «prix de l'illégalité». De plus, le marché n'est

pas aussi structuré et rigide qu'on l'imagine, même si les acteurs qui en détiennent les clefs sont eux bel et bien organisés. Les intermédiaires sont nombreux, la chaîne entre la production, la transformation et la vente contient plusieurs maillons de forces inégales qui jouissent souvent d'une grande autonomie les uns par rapport aux autres. La concurrence existe sur ce marché, mais elle est inattendue, brutale, multiple et mouvante. L'organisation du marché mondial des

dérivés de la morphine, dans ses mécanismes, pourrait d'ailleurs à plus d'un titre être comparé à celui d'une multinationale de l'industrie pharmaceutique.

Le marché de la drogue est caractérisé par son dynamisme, sa souplesse et sa capacité à s'adapter à des contraintes changeantes et, peut-être avant toute autre variable, sa résilience. En effet, le réseau allant de la production à la distribution est largement

parcellisé en entités autonomes dont la position au sein de l'organisation est évolutive et provisoire. A l'exception du producteur, chacun peut, dans le réseau, créer de nouveaux marchés, substituer son activité, ou la diversifier, ou encore se retirer, indépendamment de la place particulière qu'il occupe. Il se dégage de cette structure de marché un caractère hautement imprévisible et une répartition des risques par entité indépendante. Toute action répressive ou prohibitive ne peut donc être que ponctuelle et temporaire, du moins tant qu'elle ne touche pas directement le producteur. La répression policière, même envisagée mondialement, ne peut endiguer ni la production, ni les flux. Les réseaux survivent, se reconstituent perpétuellement, contournent les obstacles, d'autres substituent ou remplacent simplement ceux qui ont dû laisser leur place.

La demande dans ce type de marché est inélastique, alors que l'offre est

Ce sont les bouleversements géopolitiques de ces vingt dernières années qui ont engendré les changements de configuration des marchés de la drogue

élastique. Il s'agit d'un cas particulier de l'économie de produits illicites, pour lequel la consommation et la production peuvent être ajustées selon des modalités particulières et conjoncturelles. La demande est caractérisée par l'accoutumance et la dépendance aux produits de la part des consommateurs. Une baisse volontaire des prix augmente le nombre d'adeptes, mais une hausse consécutive ne fera pas baisser, ou du moins que très faiblement, le nombre de consommateurs. Le facteur retardateur sur la loi de l'offre et de la demande est directement lié à la nature du produit qui implique une dépendance chez le consommateur, et donc la nécessité absolue de se procurer le produit. Mais des nuances doivent être faites sur la logique de l'offre et de la demande, car l'histoire montre de multiples contre-exemples, des baisses de prix de l'héroïne n'ayant pas systématiquement provoqué une hausse de la demande.

D'autres facteurs pourraient entrer en ligne de compte pour fixer le prix du produit, telles sa qualité et sa pureté (coupage). Il n'existe aucun contrôle de la qualité de l'héroïne propre à réguler le marché. Les variations sur la pureté du produit peuvent plus que doubler la quantité vendue au détail par rapport à la quantité produite. Le prix à l'achat de stupéfiants par les consommateurs étant quasiment fixe, tant et si bien que c'est le nombre d'intermédiaires tout le long du voyage du pays producteur au pays consommateur qui détermine les marges de bénéfices.

Ainsi en Europe, dans les années 1980, l'héroïne était d'une grande pureté et d'une très bonne qualité. Originaires d'Asie du Sud-Est, elle quittait les laboratoires de la Pizza Connection à plus de 98% et était d'une blancheur étincelante et cristalline. Dans le pire des cas, elle arrivait sur le marché suisse avec un degré de pureté diminué de 30%. En Suisse, elle se négociait entre CHF 300.- et 600.- le gramme. Dans les années 90, le marché a été bouleversé et l'héroïne a changé dramatiquement de qualité. Elle provient essentiellement d'Asie du Sud-

Ouest et elle n'est plus vendue sous la même forme (basique et non plus avec du sel hydrochloré); elle est d'une pureté maximale de 70% lorsqu'elle n'est pas adultérée. Quel que soit son degré de coupage, les prix ont chuté depuis 1995 à CHF 50.- le gramme, alors même que le degré de pureté du produit varie entre 10% et 70%. La logique de l'offre et de la demande a été respectée lors du changement de qualité du produit, une chute de la qualité ayant engendré une chute des prix. Durant les dix années suivantes, les prix sont restés fixes, quelle que soit la qualité du produit vendu. Ainsi, le kilo d'héroïne se négocie entre CHF 25'000.- et 80'000.- alors que le prix du gramme est inflexible et est négocié invariablement à CHF 50.-.

Le contexte politique, social et géographique ainsi que les communautés qui détiennent le trafic, induisent des variations dans les prix du produit qui ne répondent pas à une logique classique d'économie de marché. A défaut d'en extraire des règles fiables à long terme, l'étude économique de ce type de marché aboutit au constat suivant: l'économie de la drogue est un marché illégal de produits illicites constituant une source de revenus exceptionnels. Les profits sont basés sur une très importante différence de prix entre l'amont et l'aval des filières, distorsion elle-même définie par le caractère illicite du marché et du produit. Les facteurs régissant ce type de marché dépendent de manière prépondérante de la longueur de la chaîne de distribution et de sa volatilité, de la variabilité des risques, de la variabilité des besoins en argent (financement des guérillas), de la gestion ou de la rupture des stocks. Ainsi, avec 1kg d'héroïne d'Asie du Sud-Ouest arrivé en Suisse non adultérée et donc à un degré de pureté d'environ 70%, un trafiquant peut soit vendre 200 sachets de 5g, à CHF 250.- le sachet, ou le négocier pour une somme d'environ CHF 50'000.-. Mais il peut aussi couper la drogue pour arriver à un degré de pureté d'environ 10% d'héroïne, en ajoutant 6kg de caféine et de paracétamol (1:2), pour confectionner 1'400 sachets de 5g qui

seront vendus à CHF 250.- l'unité, générant un chiffre d'affaire à la vente de CHF 350'000.-

En Suisse, c'est en grande partie la chimie de l'héroïne vendue qui a certainement le plus influencé la configuration du trafic illicite et de la consommation et non pas les changements législatifs ou le débat politique sur la question ou encore les programmes de prévention et d'aide à la survie. Ce sont au contraire bien plus les grands bouleversements géopolitiques que le monde a connus durant ces vingt dernières années qui ont engendré les processus des changements de configuration des marchés de la drogue. Seules les guerres peuvent interrompre les flux, du moins momentanément. D'ailleurs, durant la guerre de 1939-1945, le trafic de l'héroïne a pratiquement disparu entre l'Europe et les Etats-Unis, alors qu'il était assuré par la première des mafias mondiales de l'époque, la mafia italienne. Autre exemple, la peur du communisme chinois et le soutien de la CIA américaine à la Thaïlande, au Laos et à la Birmanie peuvent être considérés comme les principales causes de la création du Triangle d'Or. Comme les Etats-Unis en Thaïlande ou en Birmanie, la France était très active en Indochine, où Saïgon devint vite une des capitales de la production d'héroïne. Les stocks de morphine et d'héroïne indochinoises alimentèrent alors ce que l'on appela la French Connection.

Il apparaît que le trafic des stupéfiants a été subventionné par les gouvernements français et américains pour financer les guerres coloniales qu'ils ont fini par perdre, au bénéfice de la «pieuvre». Des schémas identiques, mêlant hypocritement raison d'Etat et grand banditisme, seront également appliqués par les Etats-Unis lors de la guerre du Liban et en Afghanistan durant la guerre froide. Après avoir créé le Triangle d'Or dans le Sud-Est asiatique, la politique américaine est aussi à l'origine du Croissant d'Or moyen-oriental issu de la lutte contre le communisme soviétique, soutenue par les Etats-Unis. Un redimensionnement des rôles s'est

opéré petit à petit au gré des conflits mondiaux dans lesquels l'argent de la drogue trouve une place importante: le conflit turco-kurde, la guerre du Liban, les guerres d'Afghanistan, les guerres de Ex-Yougoslavie, du Kosovo, etc. Autant de conflits qui ont engendré des migrations importantes en Europe occidentale et par-là une succession de communautés intéressées par les profits de la vente de l'héroïne.

Parallèlement en Suisse, nous avons d'ailleurs assisté, dans les années 80-90, à une passation des pouvoirs entre Turcs et Libanais (par exemple) relative à la vente sur rue. Il y eut même quelques règlements de compte aboutissant à plusieurs morts à Zurich entre ces communautés. Le début des années 90 fait apparaître une nouvelle passation de pouvoir quant à la détention de la vente sur rue. Le conflit de l'Ex-Yougoslavie confère aux Serbes, Bosniaques, Croates, etc, le pouvoir de la distribution de l'héroïne en Suisse. Les Turcs se retirent et se spécialisent dans la transformation de la morphine en héroïne et la logistique du transit. De nouvelles voies d'acheminement apparaissent alors au gré des flux migratoires.

Enfin, la complexité, la particularité et la durée de la guerre du Kosovo a placé les communautés albanophones dans une situation de domination quasi totale de la vente d'héroïne en Suisse. Là encore, c'est le flux migratoire qui catalyse l'émergence d'une nouvelle domination de ce trafic. L'argent de la drogue sert à financer la résistance et la guerre, permet la création d'automatismes et d'efforts de structuration du trafic: une nouvelle mafia émerge, née vraisemblablement d'une volonté de la politique américaine visant à l'auto financement de ce conflit, garant de l'opposition à la formation d'une «Grande Serbie».

Dès lors, l'enjeu des profits issus du trafic de l'héroïne en Suisse est colossal. On pouvait estimer à un strict mi-

nimum de 25'000 toxicomanes achetant chaque jour 1 gramme d'héroïne, soit 25 kilos vendus chaque jour. La consommation annuelle suisse était donc d'environ 9 tonnes d'héroïne, pour un chiffre d'affaire (CHF 50.- le gramme) de 450 millions de francs. L'émergence de la mafia albanophone a aussi coïncidé avec une diminution de la qualité de l'héroïne-base, notamment par son coupage. Depuis 1997 environ, l'héroïne-base a passé à des seuils de coupages successifs l'amenant systématiquement à moins de 30%, puis depuis quatre à cinq ans, à moins de 10%. Durant la période de la guerre d'Afghanistan, il était même fréquent de saisir de l'héroïne-base à moins de 3%. Il semble qu'il y ait eu une forme de pénurie sur le marché et que l'on écoulait les derniers stocks d'Afghanistan. Ces changements ont coïncidé d'ailleurs de manière très marquée et compréhensible à la chute du nombre d'overdoses mortelles ces dernières années. Depuis lors, l'offre d'héroïne sur le marché suisse a fortement décrû tant et si bien qu'elle a été en quelques années substituée par l'offre de cocaïne apportant son lot de problèmes et une configuration de marché illicite très différente de celle des années nonante.

Conclusions

On l'aura compris, ce n'est pas la Loi fédérale sur les stupéfiants qui dicte le rythme du marché des produits psychotropes illicites. Tout au plus empêche-t-elle, ou plus exactement prévient-elle, une plus grande dérégulation du marché. La dépénalisation, ne serait-ce que de la consommation, n'aurait guère d'influence sur les fluctuations du marché des drogues du fait de sa dimension mondiale et de ses enjeux. Tout au plus ferait-elle de la Suisse un Eldorado européen dans lequel afflueraient les toxicomanes venus d'ailleurs sans négliger le lot de petite criminalité associée à la consommation de produits psycho-

tropes qu'ils importeraient. La Suisse ne pourrait pas se lancer seule dans un projet de dépénalisation, sans l'Europe. Il est d'ailleurs quasi illusoire de penser qu'il est possible d'organiser une réglementation étatique du marché des produits stupéfiants en substitution d'une loi relativement simple, mais contraignante. L'équilibre de la coexistence des drogues illicites dans notre société est extrêmement fragile, presque impossible à anticiper, excessivement difficile à soigner. Il ne faut pas oublier quand même à ce sujet que la paix sociale, dans le cadre de l'inter relation entre la toxicomanie et la criminalité, a été achetée en Suisse par un financement directement lié à la contribution des services sociaux et de l'assurance invalidité. Fermer les vannes de ces dernières et c'est l'autre flux qui va croissant. Il faut aussi vraisemblablement renoncer à l'hypothèse soutenant que l'Etat puisse vendre des produits psychotropes à la place des mafias de la drogue, la politique des prix à la vente ne serait, de manière plus que probable, pas à l'avantage de l'Etat, parce que la drogue illicite n'étant de loin pas de qualité pharmaceutique, son coût de production est extrêmement faible. Parallèlement, la marge du bénéfice à la vente étant énorme, elle présente l'avantage de pouvoir vaincre une concurrence étatique. Enfin, les toxicomanes paient une partie de leur consommation par la revente; la suppression du marché noir, même gris, mettrait fin à toute forme d'autofinancement. Qui paierait?

Notes

(1) Rapport mondial sur les drogues 2006, Nations Unies, Office contre la drogue et le crime

Courriel:

Olivier.Gueniat@ne.ch
pierre.esseiva@unil.ch

Questions à
Monique
Helfer,
responsable
de communi-
cation chez
Swissmedic
(1), Berne

Le marché des médicaments en Suisse dispose d'un organe de surveillance, dont la mission première est de faire appliquer la loi sur les produits thérapeutiques. Plusieurs mesures pourraient prévenir les problèmes de dépendance liés aux médicaments, mais elles nécessitent une volonté politique qui fait encore défaut. (réd.)

La régulation du marché des médicaments

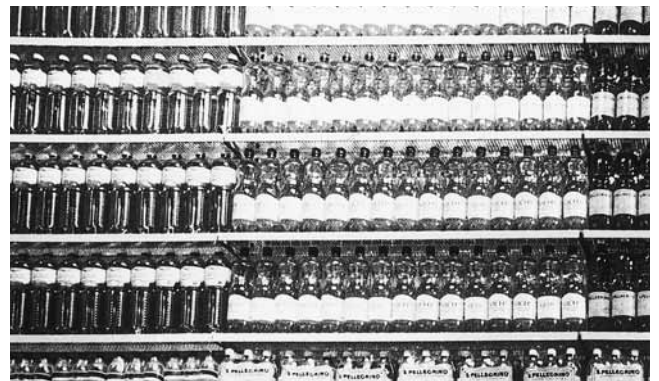


Photo Interfoto

Les médicaments et l'addiction

Quels moyens Swissmedic met-il en œuvre pour prévenir l'apparition d'une addiction lors de la consommation de médicaments?

La protection de la santé de l'être humain et de l'animal est au centre des préoccupations de Swissmedic. Afin que les médicaments soient utilisés conformément à leur destination et avec modération, le droit des médicaments prévoit diverses mesures. En font partie l'information destinée aux professionnels et aux patients que doit approuver Swissmedic ainsi que le conseil professionnel accompagnant la remise de médicaments.

Lors de l'autorisation de mise sur le marché, Swissmedic détermine la catégorie de remise de chaque médicament. Par principe, toute autorisation

de délivrer doit être fondée sur une formation adéquate. Pour des raisons de sécurité, la remise d'un médicament comportant un nouveau principe actif est toujours d'abord soumise à ordonnance. Une fois suffisamment expérimenté, il pourra être délivré sans ordonnance, et ce pour autant qu'il se prête à l'automédication. Le rapport risque/utilité favorable d'un médicament dépend dans une large mesure d'un usage correct. Swissmedic examine, sur la base de standards internationaux et des prescriptions légales, si sa classification dans telle ou telle catégorie de remise se justifie.

Les médicaments des catégories de remise A et B ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. Ceux des catégories C à E ne sont pas soumis à ordonnance, les préparations de la catégorie C ne pouvant

cependant être remises qu'assorties d'un conseil spécialisé par une personne exerçant une formation médicale, soit dans une pharmacie. Le ou la patient-e a aussi une certaine responsabilité, les indications des professionnels ainsi que celles de la notice d'emballage (information au patient) devant absolument être observées.

Ajoutons que globalement, le droit sur les produits thérapeutiques est axé sur la protection de la santé et donc sur une utilisation sûre des médicaments. Pour remplir ce mandat, Swissmedic intervient sur le marché. Concernant les médicaments, les mesures possibles sont l'adaptation, soit la limitation de leur domaine d'application, l'adoption de nouvelles mises en garde, la modification de la catégorie de remise, voire le retrait d'un médicament du marché.

Constatez-vous des divergences de vue entre Swissmedic et l'industrie pharmaceutique?

En tant qu'autorité d'exécution du droit des médicaments, Swissmedic doit s'en tenir aux dispositions légales. La Loi sur les produits thérapeutiques a explicitement pour but (art. 1) que les médicaments mis sur le marché sont utilisés «conformément à leur destination et avec modération». Et les branches pharmaceutiques concernées doivent aussi respecter les dispositions légales.

Politique intégrée des substances psychoactives

Que peuvent faire, selon vous, les acteurs du réseau de prévention des addictions par rapport à la problématique de l'abus de médicaments?

Outre les efforts de sensibilisation générale, il nous faut notamment relever que le médecin traitant a un rôle déterminant, concernant les substances soumises à ordonnance, dans la prévention d'une dépendance aux médicaments. D'un point de vue de santé publique, des mesures ciblées à même de renforcer les compétences du corps médical sont donc recommandées. Ainsi, certaines observations sur l'influence de stratégies spécifiques de traitement aux benzodiazépines montrent que des interventions préventives sous forme de directives concrètes en matière de prescription aux médecins et pharmaciens peuvent se révéler tout à fait efficaces (2).

Des mesures restrictives en matière de prescription de benzodiazépines (comme une obligation renforcée de prescription ou des ordonnances usant de formulaires spéciaux) ont montré une efficacité certaine dans plusieurs Etats nord-américains ainsi que dans d'autres pays et dans le canton de Zurich (transfert du Rohypnol® de la liste B à la liste A) (3).

Des mesures analogues existent depuis longtemps pour les médicaments à fort potentiel de dépendance et sont considérées comme allant de soi.

L'évaluation de l'introduction de telles interventions régulatrices (élargissement de l'obligation renforcée de prescription pour les dérivés des benzodiazépines avec annonce à un office central) révèle, selon divers rapports, des effets positifs.

Pour ce qui est de l'automédication, les problèmes ont avant tout trait à la prise d'antalgiques et de laxatifs, comme l'indique le travail de Maffli E. & Bahner U. (4)

La littérature spécialisée énumère quantité de mesures possibles:

1. Sensibilisation et intensification du débat sur l'abus et la dépendance aux médicaments, en priorité dans les milieux professionnels, soit les médecins et pharmaciens, mais aussi, secondairement, dans la population;
2. Promotion de mesures en faveur d'une meilleure pratique de prescription de la part des médecins (en particulier concernant les benzodiazépines) par une formation ciblée et de l'information;
3. Promotion de mesures pour un meilleur conseil aux patients de la part du personnel des pharmacies et drogueries, en particulier concernant les antalgiques et les laxatifs;
4. Introduction de modalités de publicité plus sévères, surtout pour les échantillons, la publicité dans les vitrines des pharmacies et la vente sur internet de médicaments susceptibles de faire l'objet d'abus;
5. Renforcement de la réglementation sur la vente de certains médicaments pouvant engendrer une dépendance;
6. Réduction de la taille des emballages de certains médicaments pouvant engendrer une dépendance;
7. Nouvelle conception de l'information sur les produits donnée dans les notices d'emballage pour les médicaments pouvant engendrer une dépendance;
8. Introduction d'un contrôle des ventes de substances psychotropes s'appuyant sur la procédure suisse déjà existante de contrôle de remise de stupéfiants (cf. infra point 3.2);

9. Récolte de données nationales sur le potentiel d'abus des médicaments, analyse de ces données et établissement d'une liste actualisée des substances pouvant faire l'objet d'abus.

Ces mesures nécessitent en règle générale un discours politique. Etant l'une des autorités d'exécution, Swissmedic met en pratique, finalement, la volonté politique.

Pensez-vous que la population est suffisamment informée des dangers d'addiction que comportent certains médicaments? Et le réseau de soins?

Nous ne disposons actuellement d'aucune étude ou enquête permettant une évaluation fiable en la matière. Dans tous les cas, il est important d'utiliser toute préparation pharmaceutique conformément à l'usage prévu si l'on veut éviter, entre autres, une dépendance. C'est parce que cela est capital qu'il est prévu, lors de la remise de médicaments, le conseil d'un spécialiste qui abordera la question du mode de prise, du dosage, etc. (...)

Les benzodiazépines

Faites-vous une différence, du point de vue du potentiel de dépendance, entre les benzodiazépines et les substances ayant des effets similaires comme le zolpidem (Stilnox®, Dorlotil®, Sedovalin®, Zoldorm®, etc.), le zopiclone (Imovane®) ou le zaleplon (Sonata®)?

Tous les stupéfiants et toutes les substances psychotropes sont nommément cités dans la législation sur les stupéfiants. En fonction de leur potentiel de dépendance, les stupéfiants et autres substances psychotropes sont listés dans divers appendices et sont soumis, selon leur classification, à des dispositifs de contrôle plus ou moins stricts.

Tant les benzodiazépines que le zolpidem (le zopiclone et le zaleplon ne sont pas soumis à la législation sur les stupéfiants) figurent dans le même appendice, l'appendice b de l'Ordonnance

de Swissmedic sur les stupéfiants (RS 812.121.2) et sont donc soumis aux mêmes mesures de contrôle.

Swissmedic envisage-t-il de soumettre les benzodiazépines (ou d'autres substances à effet similaire) à des mesures de prescription plus contraignantes ?

Les autorités cantonales compétentes ont exprimé à plusieurs reprises le souhait de voir les benzodiazépines soumises à un contrôle plus strict. Il serait en principe imaginable de soumettre les benzodiazépines à la même obligation de notification que celle existant pour les stupéfiants et les substances psychotropes, sévèrement contrôlés (cf. art. 57, Ordonnance sur les stupéfiants, RS 812.121.1). Cela signifierait que les grossistes devraient dorénavant notifier à Swissmedic toute livraison de benzodiazépines à un médecin ou à une pharmacie. Ces livraisons seraient ensuite introduites dans notre système et mises à disposition des autorités cantonales compétentes.

Cette possibilité n'étant actuellement pas prévue par la législation sur les stupéfiants, il faudrait d'abord créer une base légale à cet effet, chose qui, à notre connaissance, devrait être envisagée lors de la prochaine révision de la législation sur les stupéfiants.

Prospectives

Quelles sont les obligations de l'industrie pharmaceutique pour sensibiliser les médecins au problème de l'usage abusif de médicaments ?

A cet égard, nous vous renvoyons aux prescriptions légales en la matière (voir aussi notre première réponse). Parmi les mesures de sécurité significatives, il faut notamment citer les catégories de remise (p.ex. leur durcissement) ou de nouvelles restrictions à la remise de médicaments (p.ex. «pas de remise aux mineurs»).

Les notifications d'abus potentiels déclenchent, de la part de Swissmedic, des vérifications pouvant aboutir à une adaptation des critères de remise (p.ex.

réduction de la taille des emballages, révision des indications ou prescription réservée à certains spécialistes). Et, selon le sujet, nous prévoyons une publication dans des revues spécialisées.

Quels sont les moyens mis en œuvre par Swissmedic pour lutter contre le marché noir, notamment avec les changements induits par le développement d'Internet ?

Les médicaments non reconnus par une autorité compétente et d'origine non contrôlée peuvent se révéler très dangereux. Le ou la patient/e ne sait souvent pas si la substance active indiquée est bien présente, si les conditions de stockage étaient conformes et les indications thérapeutiques exactes. Souvent des médicaments présumés purement phyto-thérapeutiques contiennent de fait des principes actifs synthétiques soumis à ordonnance ou des impuretés. Il n'est pas rare non plus que manquent d'indispensables indications sur les risques, les effets secondaires indésirables et le dosage de ces médicaments. Quant aux notices d'emballage, lorsqu'il y en a, elles sont souvent rédigées dans une langue inconnue.

Sont aussi des plus dangereux les médicaments contenant des stupéfiants - susceptibles d'engendrer une dépendance - ou les préparations pour le développement musculaire, qui entraînent la pousse des poils de barbe chez les femmes et des seins chez les hommes.

L'importation de médicaments par des personnes privées est souvent le fait de commandes sur Internet. Comme déjà mentionné, ces commandes comportent des dangers pour la santé, que les **contrôles douaniers** réduisent néanmoins. Swissmedic collabore à cet égard étroitement avec la Direction générale des douanes et les bureaux régionaux de douane. Outre les contrôles de base axés sur le risque, des actions ciblées sont ponctuellement menées lors desquelles les douanes contrôlent plus intensivement certains envois. En 2006, lors de trois de ces actions, des envois massifs du Brésil - certains avec des médicaments contenant

des stupéfiants - et de petits envois furent contrôlés (5) Swissmedic actualise constamment son appréciation des risques, mais un contrôle sans faille des frontières étant impossible, Swissmedic mise simultanément sur l'**information et la sensibilisation de la population**. Il faut de plus mentionner la **collaboration internationale**. Il s'agit là d'une part d'échanges avec les autorités d'autres pays. Les informations fournies par des autorités étrangères partenaires concernent avant tout un manque de qualité, des contrefaçons ou des ventes illégales. D'autre part, Swissmedic participe depuis quelques années à des commissions internationales sur la contrefaçon de médicaments (Conseil de l'Europe, OMS, etc.). Ces réunions ont, depuis peu, acquis une importance mondiale. Et nous avons très à cœur de suivre activement le débat et les activités concernant spécifiquement l'Europe. Pour le reste, Swissmedic soutient **Stop Piracy**, la plate-forme suisse contre la falsification et le piratage (6).

Notes

- (1) Swissmedic est l'autorité nationale de surveillance des produits thérapeutiques.
- (2) Melander A, Henricson K, Stenberg P, Löwenhielm P, Malmvik J, Sternebring B, Kaij L, Bergdahl U. Anxiolytic-Hypnotic Drugs: Relationships between Prescribing, Abuse and Suicide. *European Journal of Clinical Pharmacology* 1991; 41: 525-529
- Harrer, G. & Georgen, K. (1987). Sachgerechte Therapie mit Benzodiazepin-Tranquillantien. *Psycho*, 13, 153-159.
- (3) B.B. Wilford, Prescription drug abuse: some considerations in evaluation policy responses, *J Psychoactive Drugs* 23 (1991) (4), pp. 343-348.
- (4) Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz; Forschungsbericht Nr. 33; SFA Lausanne 1999
- (5) communiqué de presse du 22 mai 2007 http://www.swissmedic.ch/fr/laien/overall.asp?lang=3&theme=0.00062.0004&theme_id=293&news_id=5118&page=24.
- (6) <http://www.swissmedic.ch/Archiv/Stop-Piracy-f.pdf>.



Thérapies résidentielles des addictions en suisse: des indicateurs dans le rouge

Nicolas Dietrich, Franziska Eckmann, Ueli Simmel, Infodrog, Berne

L'offre de thérapies résidentielles s'amenuise en raison d'une baisse des placements. Or il apparaît que cette baisse est liée à des facteurs structurels, comme notamment la responsabilité du financement. Une évolution dommageable à la diversité des offres de traitements, pourtant indispensable à une prise en charge adaptée aux besoins des personnes souffrant d'addiction. (réd.)

Les risques que nous avons exposés dans cette même revue en décembre 2004 sous le titre «Quels avenir pour les thérapies résidentielles?» se sont entre-temps confirmés et certains d'entre eux constituent de véritables tendances. Nous constatons aujourd'hui plusieurs entraves structurelles ayant des conséquences directes sur l'accès aux thérapies résidentielles et concourant au cercle vicieux suivant: baisse des placements - baisse du taux d'occupation - hausse des prix journaliers - baisse des placements.

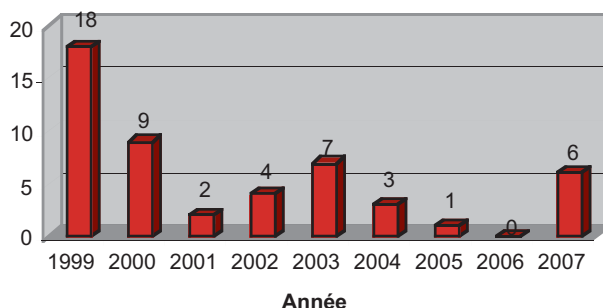
Cinquante fermetures d'institutions depuis 1999 soit près du 30% des institutions résidentielles en Suisse (1). Il existe aujourd'hui encore environ 90 institutions résidentielles qui offrent un total d'un peu plus de 1300 places de thérapie. Ces fermetures d'institutions ont entraîné une sup-

pression d'environ 500 places de thérapie depuis 1999, soit près d'un tiers des places à disposition. Ne serait-ce qu'en 2007 les six fermetures représentent une suppression de 81 places. Dans un contexte où il y a environ 17000 traitements de substitution à la méthadone et 1300 traitements avec prescription d'héroïne en Suisse, ces fermetures démontrent la place de plus en plus réduite des thérapies résidentielles dans le pilier thérapie de la politique suisse dans le domaine des addictions.

tutions à l'extérieur du canton de domicile du/de la client-e était encore de 43% pour n'être que de 31% en 2006 (voir schéma page 22).

20% d'institutions résidentielles ont un taux d'occupation inférieur à 75% en 2006. Bien que le taux d'occupation moyen en Suisse soit en 2006 de 87%, la situation par institution démontre une situation beaucoup plus nuancée. Parmi les 75 institutions participant à notre statistique en 2006, 16 ont eu un taux d'occupation inférieur à 75% (2). Sachant que

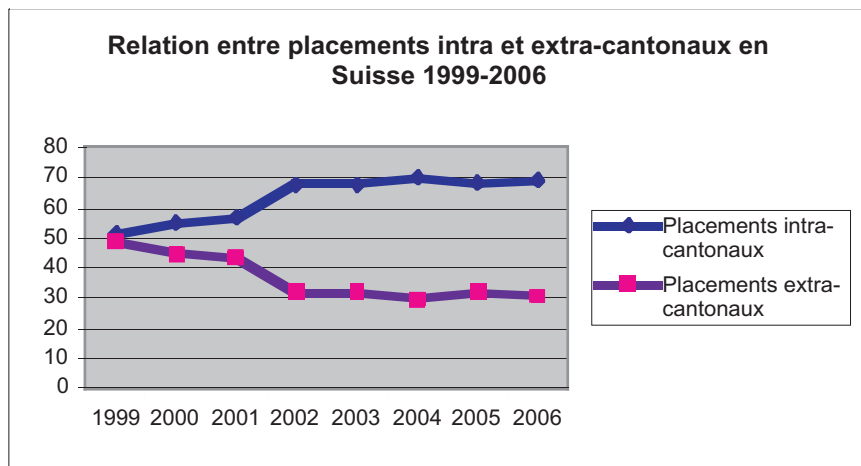
Fermetures d'institutions résidentielles en Suisse 1999 - 6/2007



Source: Infodrog, 2007

Les placements intercantonaux ont diminué depuis 2001, où le taux de placements effectués dans des insti-

les fermetures d'institutions ont plutôt permis de renforcer les institutions restantes, ces taux sont d'autant plus significatifs. Si cette situation devait perdurer, ces institutions seront



Source: Infodrog, 2007

confrontées à des problèmes financiers et de nouvelles fermetures ne sont pas à exclure.

Si les thérapies résidentielles doivent bien entendu faire en sorte de correspondre aux besoins actuels des client-e-s et adapter leurs offres en conséquence, on observe que l'origine de ces difficultés se trouve aussi dans les éléments structurels, c'est-à-dire dans l'organisation de l'offre, des placements et leur financement. Durant les dernières années, nous avons constaté un certain nombre d'obstacles structurels jouant à nos yeux un rôle non négligeable sur les placements et l'accès aux thérapies résidentielles des addictions.

Les placements sont astreignants

Le coût en temps et en efforts pour effectuer un placement est actuellement élevé car les raisons d'un tel placement doivent être de plus en plus justifiées. Par conséquent, le temps d'attente peut être long et les services placeurs ont parfois développé des stratégies d'évitement tant il est pénible d'effectuer ces démarches. On constate parfois qu'un placement n'est purement et simplement plus envisagé car trop astreignant.

Des garanties financières limitées

Certains services placeurs ont choisi d'octroyer des garanties financières individuelles de plus courte durée,

non pas qu'une thérapie à long terme (12-18 mois) ne soit pas adaptée aux besoins de certains client-e-s mais pour des raisons avant tout financières. D'autres ont aussi décidé de ne plus renouveler la garantie financière ou de n'en octroyer qu'un nombre limité pour chaque cas. Si bien que certains clients n'ont aujourd'hui plus accès du tout à ce type de thérapie. Si les cantons jouent un rôle très important, les communes peuvent aussi jouer un rôle déterminant dans les décisions de financement des mesures individuelles de prise en charge (3). Une étude récente de l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions ISGF (4) a évalué les fins de thérapie et montre clairement que les personnes qui achèvent la thérapie en respectant les durées prévues ont un pronostic bon ou très bon quant à d'éventuels futurs problèmes liés à des drogues et signifient une meilleure intégration et stabilité à la sortie. A contrario, les personnes qui interrompent prématurément leur thérapie ont un pronostic et une intégration moins favorables. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que les deux groupes ont des situations très semblables à l'entrée en thérapie. On ne peut donc pas dire que les client-e-s qui quittent prématurément l'institution ont des situations personnelles plus lourdes que celles et ceux qui vont jusqu'au bout, mais plutôt que les résultats de la thérapie sont meilleurs si le programme est accompli jusqu'à son terme.

Des coûts de séjour élevés?

Dans le domaine des traitements des addictions, les modes de rétribution et les règles de financement sont complexes car elles sont multiples et différentes d'un traitement à l'autre: rémunération à l'acte dans l'ambulatoire (ex: convention tarifaire Tarmed), rémunération au forfait prospectifs liés au sujet (client-e) ou à l'objet (service/institution), rémunération au forfaits rétrospectifs liés au sujet ou à l'objet (ex: forfaits journaliers pour les institutions et certains hôpitaux) ou encore couverture du déficit. En outre, il existe des listes très différentes des prestations couvertes (catalogues de prestations, conventions tarifaires, contrats de prestations) et la rétribution de chacune d'elles peut avoir une grande influence sur l'intervention qui sera choisie. Les mesures ambulatoires avec substitution sont souvent préférées car elles sont supposées coûter moins cher. Cette idée peut actuellement être remise en question si l'on ne considère pas seulement l'acte de prescrire de la méthadone mais l'ensemble des coûts par client durant la période de traitement - durée actuellement de plus en plus longue des traitements à la substitution. Un travail récent montre même que, selon sa durée, le traitement méthadone coûte en fait plus cher et que le capital investi dans les thérapies résidentielles a un meilleur rapport coût-utilité(5).

On constate aujourd'hui que certains services placeurs et financeurs ne recherchent pas les offres ayant le meilleur rapport qualité-prix, mais celles qui leur permettent de faire endosser les coûts de thérapie par d'autres. Concernant les thérapies résidentielles, certains services placeurs cherchent activement et explicitement des offres qui sont financées par les caisses maladie comme les cliniques ou les services ambulatoires offrant un traitement de substitution pour ne pas avoir à financer eux-mêmes les coûts. Autre fait remarquable, certains coûts de séjours en thérapie résidentielle peuvent, dans certaines communes, constituer une dette pour

le ou la client-e qui, sachant cela, hésitera à entreprendre une démarche thérapeutique de ce type. On peut le comprendre puisqu'à la sortie de la thérapie, il/elle aura une dette qu'il/elle n'avait pas lors de son entrée...alors que le but de cette thérapie est précisément d'acquiescer une meilleure intégration. Bien qu'étant une pratique plutôt alémanique pour l'instant, où l'autonomie des communes y est parfois plus forte, la responsabilité plus élevée que l'individu devrait à l'avenir assumer financièrement est à l'ordre du jour des discussions politiques non seulement au niveau local mais aussi national.

Concurrence des domaines voisins

La santé mentale ou d'autres domaines voisins à celui des addictions ont développé des offres qui, sans être forcément spécialisées pour les personnes souffrant d'addictions, leur sont tout de même destinées. Par conséquent, elles entrent en concurrence avec les thérapies résidentielles tout en bénéficiant d'une structure de financement différente, notamment via les caisses maladie.

Un équilibre vital entre les différents types de traitement

Des institutions ont parfois tendance à ouvrir leur thérapie à une clientèle de plus en plus large pour tenter de faire face à ces menaces et à offrir des prestations au plus grand nombre possible de client-e-s. Cette stratégie n'est pas sans risque car elle pourrait d'une part provoquer une baisse des résultats thérapeutiques et d'autre part mettre un frein à la spécialisation des prestations offertes. Comme nous

l'avons décrit plus haut, l'impact des obstacles structurels, souvent sans rapport avec les besoins des client-e-s, jouent un rôle décisif très concret dans les placements en thérapie résidentielle et par voie de conséquence sur l'offre de celles-ci.

La diversité des offres thérapeutiques est un des principes importants du pilier thérapie de la politique nationale en matière d'addiction et l'équilibre entre les différentes prises en charge fait partie intégrante de cette diversité. Comme la littérature scientifique ne montre pas de supériorité d'un traitement par rapport à un autre, les traitements de substitution et les thérapies résidentielles ne devraient pas s'opposer et jouer les uns contre les autres mais plutôt être sciemment choisis en fonction des besoins, des ressources et des objectifs de la personne souffrant d'addiction.

Le 1er janvier 2008 la Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) devrait entrer en vigueur et remplacer l'article 73 de la Loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI). A quelques mois de son entrée en vigueur, il n'est pas encore clair quel sera le statut des thérapies résidentielles dans ou en dehors de ce cadre légal. Lors du 2ème colloque national RPT organisé par la Conférence des directrices et directeurs des affaires sociales (CDAS) le 21 juin 2007 sur la mise en oeuvre RPT dans le domaine social, la proposition suivante a été retenue: chaque canton indiquera explicitement, dans son concept stratégique qu'il devra soumettre au Conseil fédéral d'ici la fin 2010, si oui ou non l'application de la LIPPI concerne les thérapies résidentielles des addictions. C'est un minimum, résultant d'un

consensus, qui n'empêche pas chaque canton d'aller plus loin. Dans un cas comme dans un autre, la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) entrée en vigueur le 1er janvier 2006 représente un autre instrument pouvant aussi contribuer à ce que les conditions d'accès aux institutions soient garanties et que les personnes souffrant d'addiction puissent obtenir le soutien nécessaire en vue d'une meilleure intégration. Intégration qui devrait être notre but commun à tous.

Références

- (1) http://www.infodrog.ch/pages/fr/ther/inst_2007.htm
- (2) <http://www.infodrog.ch> >Thèmes transversaux>Stat monitoring
- (3) Dietrich Nicolas, Eckmann Franziska, Les mécanismes cantonaux de financement des thérapies résidentielles des addictions, Infodrog a rédigé sur mandat de la CDAS, Berne, 2007
- Herrmann Hannes, Simmel Ueli, Chisholm Alison, Dietrich Nicolas, Keller Aline, Financement des thérapies résidentielles des dépendances en Suisse. Enquête nationale menée auprès des institutions de thérapie résidentielle des dépendances pour les années 2004 et 2005, une enquête mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne, 2007
- (4) Institut de recherche sur la santé publique et les addictions ISGF, Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie act-info-FOS en 2006, Rapport de recherche de l'ISGF, No. 229, Zürich, 2007
- (5) Blaser Reto, Kostenauswertung von Abhängigen, Kostenevaluation von Süchtigen, Diplomarbeit, University of Applied Sciences Northwestern Switzerland, Olten, 2006

La qualité de vie subjective et l'accompagnement social des personnes toxicodépendantes

Pierre Duffour, responsable du service social du Tremplin, Fribourg

L'auteur présente les principaux résultats de son étude portant sur l'estimation par les usagers de drogues de leur qualité de vie suite à un accompagnement social (1). L'intérêt d'une telle étude réside non seulement dans une connaissance plus fine des usagers, mais permet également une meilleure évaluation des prestations fournies par les services ambulatoires. (réd.)

L'accompagnement social ambulatoire en général prétend améliorer le bien-être biopsychosocial des personnes toxicodépendantes (2). Peut-on rechercher l'évolution de ce bien-être auprès des personnes toxicodépendantes suivies socialement à travers le temps? L'hypothèse de départ de notre étude est d'admettre que les personnes toxicodépendantes perçoivent une amélioration de leur qualité de vie due à un accompagnement social par un centre social ambulatoire.

Le concept de qualité de vie subjective(3) défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) renferme les composants de ce bien-être biopsychosocial et servira de trame pour vérifier cette hypothèse. L'OMS est allée plus loin en définissant ce que représente une amélioration pour chaque domaine de la qualité de vie

(physique, psychique, relationnelle et environnementale) et en établissant des questionnaires (4) y relatifs.

Les objectifs de cette recherche sont:

- d'accéder à des données standardisées et objectives venant des usagers;
- d'affiner l'évaluation du travail social;
- d'alimenter le processus d'amélioration de la prise en charge sociale;
- de mettre en place un processus d'intégration des clients et d'affirmer pour chaque domaine la production du travail social ambulatoire.

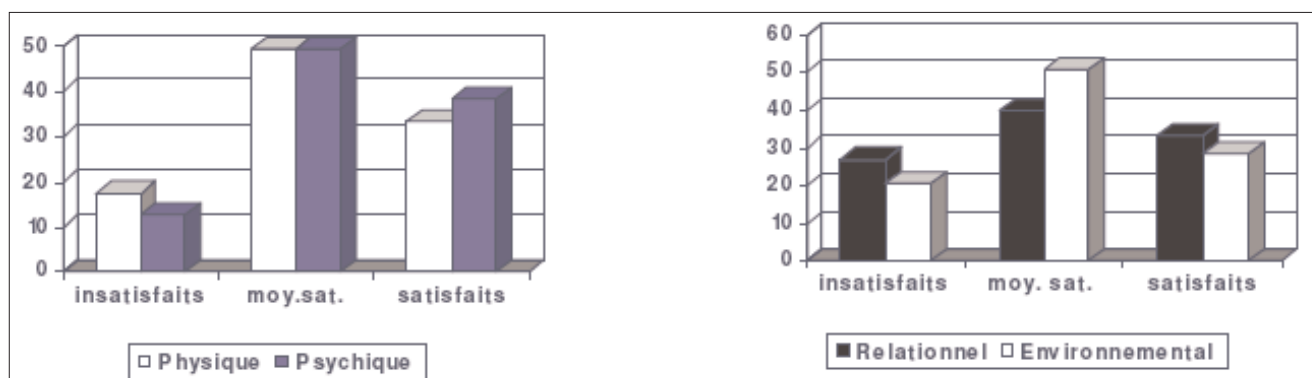
La question méthodologique est traitée de la manière suivante: l'établissement de deux questionnaires basés sur le WHOQOL-Bref et adaptés à la recherche, la passation de ce questionnaire en deux périodes de six mois d'intervalle concernant 3 périodes distinctes (la situation à l'entrée du service, la situation à la fin 2005 et la situation à l'été 2006). Ces questionnaires permettent la recherche d'une évolution par domaine sur la durée considérée. La méthode d'analyse statistique des données recueillies correspond à la moyenne fréquence.

Soixante-trois personnes ont été interviewées. Les résultats de la première passation permettent de présenter les niveaux de satisfaction par domaine.

La situation concernant la satisfaction de la qualité de vie dans les différents domaines de la qualité de vie a surpris positivement les travailleurs sociaux surtout au vu des caractéristiques de la population interrogée. Cette population est atteinte pour 47% des individus qui la compose par une pathologie reconnue par l'AI et 58% des individus se déclarent porteur d'une maladie (Hépatite C 54%, maladie psychique 20%, HIV 15% et maladie physique 11%)(voir schéma ci-dessous).

Ces résultats du premier questionnaire nous permettent d'obtenir des indications sur le degré d'insatisfaction et de satisfaction des personnes toxicodépendantes par rapport à leur qualité de vie et ceci pour l'année 2005, date de la première passation. Nous recherchons cependant à constater une évolution de cette qualité de vie allant dans le sens d'une amélioration. Les résultats de la seconde passation que nous présentons maintenant nous informent dans ce sens:

- Nous ne constatons aucune amélioration



ration statistiquement significative(5) à six mois d'intervalle à l'exception du sentiment d'être mieux informé pour faire face à la vie quotidienne;

- Nous constatons que la remémoration est fiable à l'exception de la capacité de concentration;
- Une amélioration statistiquement significative s'opère dans tous les domaines entre la date du début du suivi social et la seconde passation (2006);
- 60% des personnes interrogées établissent un lien direct entre l'amélioration de leur qualité de vie et le fait d'être suivi socialement.

Ces données nous permettent dès lors d'affirmer que l'accompagnement social ambulatoire produit les effets suivants:

l'accompagnement social et de guider le travail social. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence que les femmes toxicodépendantes ont une moins bonne estime d'elles-mêmes que les hommes mais qu'elles bénéficient plus vite et plus intensément d'une amélioration dans ce domaine par un accompagnement social. Cette étude permet aux professionnels de porter un regard complémentaire sur leur pratique et d'être attentifs à certains domaines suivant la provenance des individus qui nécessitent une prise en charge sociale.

Notes

(1) Cet article résume une recherche en travail social effectuée par Pierre Duffour dans le cadre d'un travail de diplôme de formation

Rossini. Vous pouvez télécharger cette recherche intitulée «La qualité de vie subjective et l'accompagnement social des personnes toxicodépendantes» à l'adresse internet suivante: <http://www.tremplin.ch/fr/home/publications.php>

(2) Il est admis que l'amélioration du bien-être biopsychosocial favorise la réinsertion sociale.

(3) «C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.» Définition OMS.

(4) Le questionnaire connu sous le nom de WHOQOL-Bref comprenant 26 items concerne les 4 domaines de la qualité de vie et a servi pour interroger les personnes toxicodépendantes. Les questions sont adaptées pour la dimension temporelle recherchée au cours de ce travail. Ces questionnaires sont annexés à l'étude.

(5) Nous admettons par principe théorique que les moyennes des résultats obtenues sont égales entre elles. Afin de pouvoir affir-

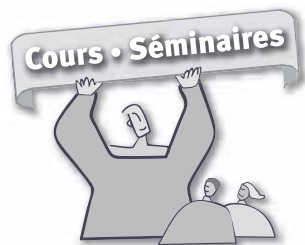
Les effets d'un accompagnement social par domaine

Les domaines	Amélioration de	Diminution de
Physique	<i>La perception</i> de plus: d'enthousiasme; d'endurance physique et de mobilité; de capacité à accomplir des tâches journalières; d'énergie consacrée à l'activité principale et de temps de récupération par le sommeil	<i>La perception</i> des sensations de douleur, de fatigue, de dépendance à un traitement ou à un produit.
Psychique	Renforce <i>la perception</i> : des sentiments positifs (équilibre, paix, bonheur, espoir, joie, etc.); de l'estime de soi; de la faculté de réflexion et du sentiment de bien-être.	<i>La perception</i> des sentiments négatifs (culpabilité, tristesse, nervosité et anxiété).
Relationnel	Amélioration de la perception: - d'avoir de meilleures relations personnelles (camaraderie, d'amour et de soutien de l'entourage) - de l'attachement et de l'approbation de la famille et amis; et d'une meilleure expression de sa sexualité.	
Environnemental	Amélioration de la perception: - du sentiment de sécurité; - de la qualité de son habitation; - de l'accès à des soins de santé de qualité; - du sentiment que les ressources financières suffisent à satisfaire les besoins; - de plus d'occasions d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences.	

L'attention portée au concept de la qualité de vie subjective des personnes toxicodépendantes sur certains groupes cibles: homme/femme, classe d'âges, personnes à l'AI ou non, etc. permet de mieux cibler les effets de

continue en travail social à l'Université de Neuchâtel. Sous la direction de Gérald Progin, responsable Espace Prévention (Aigle); membres du jury: expert le docteur Chung-Yol Lee, médecin cantonal (Fribourg) et le directeur de formation: Stéphane

mer le contraire, i.e., qu'il existe une évolution, nous retenons que pour qu'un écart soit jugé significatif, il est nécessaire que la différence constatée soit confirmée par $P < 0.05$. Cette démarche est conforme aux principes théoriques de l'hypothèse nulle.



Perfectionnement professionnel GREA
Information et inscription
www.grea.ch

Intervention brève

En dix à quinze minutes d'entretien, la personne est incitée à réfléchir à sa consommation, à développer une dynamique de changement progressif et à fixer des objectifs de modération.
 Intervenants: Dr Jean-Bernard Daepfen, Médecin responsable du Centre de Traitement en Alcoologie, Lausanne
 Le jeudi 20 septembre de 13h30 à 17h00 au CHUV
 SFR 100.- (membre GREA, SFR 70.-)

Le secret professionnel

Il s'agit de pouvoir clarifier les droits de protection des données, mais aussi les obligations légales du travailleur social.
 Intervenants: Mme Colette Pauchard, juriste, professeure à l'Eesp, Lausanne
 Le vendredi 28 septembre de 09h15 à 12h45 au GREA, Pêcheurs 8, 1401 Yverdon
 SFR 100.- (membre GREA, SFR 70.-)

Initiation au programme de prévention secondaire Gouvernail

Programme de prévention des addictions destiné aux institutions spécialisées et foyers accueillant des adolescents de 13 à 18 ans ainsi qu'aux lieux de formation ou écoles offrant un suivi personnalisé des élèves.
 Intervenantes: Mme Liliane Galley Antille, REPER, Fribourg; M. Bernhard Meili, chef de projet Supra-f, Berne, M. Nicolas N'koué, éducateur à Time Out, Foyer St-Etienne, Fribourg, NN, Projet Départ, Lausanne
 3 jours: lundi 24 et mardi 25 septembre et vendredi 30 novembre 2007 au GREA, Pêcheurs 8, 1401 Yverdon
 SFR 500.- (membre GREA, SFR 400.-)

Formation au programme de consommation contrôlée, alcochoix+

Ce programme permet de travailler avec toute personne qui se sent en difficulté dans la gestion de sa consommation d'alcool.
 Intervenant-e-s: Mme Hélène Simoneau, Alcochoix+, Québec ; M. Dominique Conant, CENEA, Neuchâtel, Dr. P. Gache, HUG, Dr. Klingemann Harald, Clinique Sùdhang Kirchlindach
 3 jours : mercredi 26 septembre, jeudi 25 et vendredi 26 octobre 2007 au GREA, Pêcheurs 8, 1401 Yverdon;
 SFR 500.- (membre GREA SFR 400.-)

Les aînés et l'alcool : à son âge, un verre de plus lui fait-il du mal ?

Faut-il laisser aux aînés leurs verres de réconfort ? A quel moment intervenir et sous quelle forme ? Quel est le rôle de l'intervenant ? Où sont les limites?
 Intervenants : Mme Rose-Marie Notz et M. François de Cocatrix, FVA, Lausanne.
 Le lundi 29 octobre 2007, 09h15-17h00 au GREA, Pêcheurs 8, 1400 Yverdon
 SFR 200.- (membre GREA SFR 150.-)

L'entretien motivationnel

Public cible: Tout-e professionnel-le socio-sanitaire occasionnellement ou régulièrement en contact avec des personnes à consommation problématique ou dépendantes.
 Intervenant : Dr Pascal Gache, HUG, Genève
 3 jours : jeudi 22 et vendredi 23 novembre 2007 et vendredi 25 janvier 2008 au GREA, Rue des Pêcheurs 8, 1400 Yverdon
 SFR 500.- (membre GREA SFR 400.-)

Certificate of Advanced Studies (CAS) interprofessionnel en addiction
Fordd novembre - décembre 2007
Informations et inscription
www.fordd.ch

Module 1: Dépendance et addiction: substances et comportements (3 ECTS)

Ce module porte sur les concepts de dépendance et d'addiction. Il aborde les aspects neurobiologiques et pharmacologiques des substances légales et illégales, ainsi que les aspects épidémiologiques. Il traite également des nouvelles addictions comportementales sans substance. Il s'intéresse enfin au processus de changement.
 Validation QCM
 Dates: les jeudis 1, 8, 15, 22 et 29 novembre 2007
 Lieu: Consultation des Acacias, Rte des Acacias 3 (1er étage), 1227 Genève

Module 2: La personne, sa famille, son entourage et la société (4 ECTS)

Il s'agit de présenter les principaux repères anthropologiques, historiques, sociaux, politiques, économiques, juridiques et éthiques qui permettront à l'intervenant de conduire son action dans le champ des addictions de manière professionnelle et citoyenne.
 Validation Travail écrit
 Dates: les jeudis 6 et 13 décembre 2007; 17 et 31 janvier 2008; 21 février 2008; 5 (mercredi) et 13 mars 2008
 Lieu: Eesp, Formation continue, Ch. des Abeilles 14, 1010 Lausanne

La revue «**dépendances**» s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales.

Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Frs 20.- par numéro
Abonnement :
Frs 45.- par an
Fr. 150.- pour 5 ex.
Fr. 250.- pour 10 ex.



Parmi les thèmes publiés

Faut-il avoir peur de la cocaïne? (no 18)

Peut-on parler de rétablissement dans le domaine des addictions? (no 20)

Grandir dans une famille touchée par l'alcool (no 23)

Quel avenir pour les thérapies résidentielles (no 24)

Cannabis et société: à la recherche d'un nouveau modèle (no 27)

Les jeux vidéo, un phénomène qui nous interroge (no 28)

A consommer sans modération!

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa/ispa



Groupement romand d'études des addictions



Je souhaite m'abonner à la revue «**dépendances**»

Nom:

Prénom:

Adresse privée:

NP, ville:

Profession:

Institution ou service:

Tél.

Signature:

A retourner à: «**dépendances**», case postale 870, 1001 Lausanne, 021 321 29 85, fax 021 321 29 40, www.ispa.ch



fordd

Fédération romande
des organismes de **formation**
dans le domaine des dépendances



Certificat interprofessionnel en addictions

15 ECTS

Objectifs

Construire une connaissance d'ensemble permettant aux participants de prendre en charge de manière intégrée des personnes présentant une problématique addictive. Un accent particulier est mis sur les dimensions interdisciplinaires et interprofessionnelles de l'apprentissage.

Contenu

Le cursus est constitué de 4 modules qui forment le certificat. Ils peuvent aussi être suivi indépendamment.

Mod. 1 - Dépendance et addiction:
substances et comportements

Mod. 2 - La personne, sa famille, son entourage et la société

Mod. 3 - Approches psycho-sociales et thérapeutiques

Mod. 4 - Analyse de pratiques

Modalités d'évaluation

Chaque module fera l'objet d'un travail personnel de validation (les critères précis seront présentés au début de chacun des modules). Le module d'analyse de pratiques aura valeur de validation transversale. Le mémoire n'est plus exigé.

Durée

Le cycle complet de formation dure 1 année (novembre 2007 - octobre 2008) ; il compte 25 jours d'enseignement et un travail personnel conséquent.

Titre obtenu

Certificate of Advanced Studies HES-SO en addictions (15 ECTS).

Participation

Chaque module est accessible indépendamment de l'inscription au certificat.

Public-cible

Tout-e professionnel-le exerçant une activité, à mi-temps au minimum, dans le champ des addictions et possédant une licence universitaire, un diplôme ESTS, Croix-Rouge, HES ou équivalent. Les candidat-e-s qui n'ont pas les titres requis peuvent déposer un dossier de démonstration de compétences. La Commission de Certification analyse ces dossiers et statue sur les demandes.

Renseignements et inscription sur www.fordd.ch

FORDD | Case postale 638 | 1401 Yverdon-les-Bains | Tél: 024 426 34 34 | Fax: 024 426 34 35 | i.girod@great-aria.ch

Ce CAS est soumis aux Instances compétentes pour reconnaissance en tant que formation postgrade HES-SO.

Formation continue reconnue HES-SO

dépendances



Revue éditée par

sfa/ispa

